20 ideas en torno a la privatización sanitaria en Euskadi:

UN PELIGRO PARA LA SALUD



EHU
Euskal Herriko Unibertsitatea
Universidad del País Vasco

medicusmundi

20 ideas en torno a la privatización sanitaria en Euskadi: un peligro para la salud

Martin U., Urtaran-Laresgoiti M., Bonilla C., Valero E., Cabezas-Rodríguez A. 20 ideas en torno a la privatización sanitaria en Euskadi: un peligro para la salud. Bilbao, octubre 2026.

La versión online puede consultarse en:
ehu.eus/opik/privatizacion-y-desigualdades-en-el-acceso-al-sistema-sanitario-vasco

Autorización de uso: Se autoriza su reproduccción total o parcial para uso no comercial, siempre que se haga referencia al documento.

Financiado por: Medicus Mundi Araba, Medicus Mundi Gipuzkoa y Euskal Herriko Uniberstitatea (EHU).

ISBN: 978-84-09-93316-7
Depósito legal: LG G 671-2026
Ilustraciones: A. Elorza Pinedo
Maquetación: Komunika.eus

EHU
Euskal Herriko Unibertsitatea
Universidad del País Vasco

opik
Grupo de investigación en determinantes sociales de la salud y cambio demográfico

medicusmundi
álava • araba

medicusmundi
gipuzkoa

Índice

Presentación	**4**
La privatización sanitaria y sus riesgos para la salud	**6**
1. ¿De qué hablamos cuando decimos privatización sanitaria?	7
2. ¿Por qué nos debe preocupar la privatización sanitaria? ¿Cuáles son sus riesgos?	10
El sistema sanitario público y su deslegitimación: condiciones para una privatización sanitaria	**15**
3. La población vasca quiere mantener un sistema sanitario público, universal, de calidad y financiado por impuestos	16
4. Empeora la valoración y la legitimidad del sistema sanitario público	21
5. El relato sobre el sistema sanitario público y su futuro como herramienta para la privatización sanitaria	24
Privatización de la financiación de la salud y el aseguramiento sanitario: la peor cara de la privatización	**29**
6. Aumenta el peso del gasto privado en la financiación de la salud: la cara más peligrosa de la privatización sanitaria en Euskadi	30
7. Euskadi presenta una de las mayores tasas de privatización de la financiación de la salud de la Unión Europea	36
8. Aumenta el número de personas con seguro privado de salud en Euskadi: casi una de cada cuatro	39
9. El acceso a la salud bucodental: cuando una cobertura pública insuficiente deja la salud en manos del mercado	44
10. La reproducción asistida: cuando las condiciones de la cobertura pública favorecen la privatización	51
Privatización de la estructura y los recursos del sistema sanitario	**57**
11. La estructura y los recursos del sistema sanitario mantienen su carácter mayoritariamente público	58
Privatización de la provisión sanitaria de financiación pública: millones de euros de dinero público a empresas y entidades privadas	**62**
12. El sistema complejo y poco controlable del Departamento de Salud que destina al menos el 7% del presupuesto a entidades privadas (más de 300 millones de euros al año)	63
13. La privatización estructural de la provisión de la asistencia sanitaria de financiación pública en Euskadi	66
14. Euskadi se sitúa entre las regiones del estado de mayor privatización de la provisión sanitaria, destacando el caso de Gipuzkoa	70
15. El transporte sanitario y los conciertos hospitalarios suponen más de la mitad del gasto sanitario público destinado a empresas privadas	73
16. La doble privatización de las interrupciones voluntarias del embarazo, el 96% se realiza en centros privados	80
Planificación, formación e investigación sanitaria: ¿en manos de quién quedan el presente y el futuro del sistema sanitario?	**83**
17. La formación a los actuales y futuros profesionales sanitarios depende en gran medida de empresas e intereses privados	84
18. Prioridades y resultados en investigación influenciados por intereses económicos privados	90
19. Privatización de la planificación: la dirección y el futuro del sistema de salud en manos de empresas privadas	92
20. La necesidad de una mayor transparencia sobre la privatización sanitaria en Euskadi	94
Referencias	**98**

Presentación

La salud constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. Medicus Mundi lleva más de 50 años defendiendo este derecho en consonancia con la declaración de "Salud para todos en el año 2000", firmada en Alma Ata por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978.

En nuestros casi sesenta años de existencia en Euskadi, siempre hemos defendido los sistemas públicos de salud y especialmente los basados en la Atención Primaria, porque hay evidencia de que son, con gran diferencia, los que mejores resultados de salud obtienen.

Hace ocho años, junto con el Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico (OPIK) de la Universidad del País Vasco EHU, publicamos el informe "AMENAZAS AL DERECHO A LA SALUD EN EUSKADI". En él señalábamos que las desigualdades sociales en el acceso y los procesos de privatización eran los principales riesgos para garantizar el derecho a la salud en nuestro territorio.

Han pasado muchas cosas desde entonces. Entre otras, una pandemia que mostró las costuras de los sistemas de salud de todo el mundo. El Servicio Vasco de Salud-Osakidetza no fue una excepción y la COVID-19 agravó una crisis que ya venía gestándose desde tiempo atrás.

La desinversión en Atención Primaria, el hospitalocentrismo, con la dependencia de la industria farmacéutica y de tecnología sanitaria que ello implica, y la falta de previsión de las necesidades crecientes de personal sanitario, han deteriorado el modelo y, especialmente, la Atención Primaria.

Como consecuencia, estamos asistiendo a un empeoramiento de la percepción de la población sobre el funcionamiento del sistema sanitario. El porcentaje de personas que piensa que el Servicio Vasco de Salud-Osakidetza no cubre sus necesidades ha crecido del 4,4% al 14,7% entre 2013 y 2023.

Esto tiene dos consecuencias directas: la huida o búsqueda de soluciones individuales (especialmente a través de la contratación de seguros privados de salud), y la creencia peligrosa de que el sistema público no es sostenible o posible. Todo ello configura las bases sociales e ideológicas para que la privatización sanitaria crezca y para que las clases más pudientes (con mayor capacidad económica y de influencia política) huyan y contraten seguros privados, generando la deslegitimación del sistema público. Sin embargo, a pesar de todo ello, el apoyo a un sistema financiado por impuestos y de cobertura universal sigue siendo la opción preferida por el 90% de la población.

Los ámbitos más susceptibles de ser privatizados son la financiación y el aseguramiento sanitario, la planificación sanitaria, la provisión de servicios y la formación e investigación sanitarias. Diferentes organismos internacionales y estudios científicos han alertado sobre la amenaza que supone esa privatización de cara a la salud poblacional y la equidad en el acceso y desmontan con datos el argumento de su supuesta mayor eficacia y eficiencia: los países con modelos de financiación privada obtienen peores datos de salud, tienen mayores barreras en el acceso y provocan la ruina de muchas familias.

Teniendo en cuenta estas evidencias, parece necesario considerar la privatización como una estrategia integral, que pretende la reestructuración del estado del bienestar (y sus servicios públicos) en favor del mercado y del beneficio privado.

En Euskadi, el Departamento de Salud transfiere una parte importante de su responsabilidad de planificación, provisión de asistencia sanitaria y acción en salud a empresas o entidades privadas, a través de un sistema complejo y poco transparente. Esto supone, por un lado, una inversión pública que va a manos privadas por trabajos que podrían ser realizados por el funcionariado público; y por otro, posibilita que las lógicas mercantilistas se impongan en los planes que rigen la sanidad pública, trasladando al ámbito público criterios que, en ocasiones, no están exentos de conflictos de intereses.

Relacionado con lo anterior, hay un concepto que interesa diferenciar, la mercantilización, que alude a la introducción de criterios de mercado o empresariales en el ámbito público para medir su eficiencia y eficacia; ello no implica necesariamente el desplazamiento de funciones y activos del sector público al privado, pero sí crea las condiciones económicas, ideológicas y de relaciones sociales que facilitan la privatización. Así, esta se puede producir dentro de los sistemas sanitarios públicos no privatizados, convirtiéndolos en agentes de mercantilización de la salud.

El presente estudio quiere aportar información contrastada y científica sobre estos aspectos, partiendo del análisis y evaluación de un sistema concreto de salud: el de Euskadi. Las dimensiones que se abordan no abarcan la totalidad de la política sanitaria y existen otras cuestiones que también son claves para la evolución del sistema sanitario. Sin embargo, esperamos contribuir a favorecer un debate sosegado, serio y científico sobre las claves a tener en cuenta para el desarrollo y gestión de un sistema que garantice el derecho a la salud de todas las personas. No podemos olvidar que la legitimidad y sostenibilidad del sistema vasco de salud dependen de que el conjunto de la ciudadanía —también quienes poseen mayor capacidad económica y poder de incidencia— siga reconociendo, utilizando y respaldando lo público como un bien común. Solo así podremos preservar un sistema sanitario equitativo y de calidad. Mantenerlo es una responsabilidad colectiva, y contamos con la capacidad para hacerlo: fortalecer nuestro sistema de salud está en nuestras manos.

medicusmundi Álava/Araba
medicusmundi Gipuzkoa

La privatización sanitaria y sus riesgos para la salud

1 ¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO DECIMOS PRIVATIZACIÓN SANITARIA?

La «privatización sanitaria» es un término muy presente tanto en el discurso social y mediático como en el ámbito académico y de gestión sanitaria. Sin embargo, resulta complicado saber cuándo podría hablarse de privatización sanitaria. La falta de una definición clara y no conflictiva viene motivada por cuestiones ideológicas y de intereses financieros, por la diversidad de estructuras y sistemas sanitarios, por las diferentes fórmulas jurídicas y organizativas de las entidades sanitarias, así como por la propia multidimensionalidad de la privatización (Powell y Miller, 2013).

Teniendo en cuenta esta complejidad, y de acuerdo con el European Observatory on Health Systems and Policy, se puede considerar que existe privatización sanitaria cuando se produce una transferencia desde el sector público al privado, bien de la propiedad, bien de las funciones gubernamentales en torno a la salud —financiación, control de la gestión o provisión de servicios y recursos— (André et al., 2016; Mercille y Murphy, 2017).

En esta publicación denominaremos «privatización sanitaria» al proceso mediante el cual alguna entidad privada asume funciones, recursos o responsabilidades ligadas al cuidado de la salud de la población, bien sea porque las administraciones públicas se las transfieran de manera explícita, bien porque éstas no las asuman, aunque les corresponda. Siguiendo esta definición, hemos diferenciado diversas formas de privatización según en qué ámbito se produce esa transferencia o dejación de funciones y responsabilidades.

La primera forma de privatización abarca tanto la financiación de la salud como el aseguramiento sanitario. En primer lugar, la financiación alude a las diferentes fór-

mulas mediante las cuales se aportan el dinero y los recursos para mantener los servicios sanitarios y sufragar sus gastos. Este dinero puede venir de las diferentes administraciones públicas —en el caso de Euskadi, fundamentalmente del Gobierno Vasco— o de una financiación privada. Esta última, a su vez, proviene principalmente del desembolso directo de las familias en el momento de la compra de un servicio o bien sanitario —el denominado gasto de bolsillo— o también de empresas privadas. En segundo lugar, la privatización del aseguramiento sanitario tiene que ver con quién ofrece la cobertura sanitaria, y su privatización se produce por la convivencia, junto con el aseguramiento sanitario público, de otras modalidades de aseguramiento privado. La privatización del aseguramiento puede provocar que las personas tengan que contratar seguros médicos privados para acceder a ciertos servicios, o que el Estado financie a aseguradoras privadas para que cubran a parte de la población.

La segunda forma de privatización se refiere a la provisión de los servicios de salud, es decir, si los medios (físicos y humanos) con los que se presta la asistencia sanitaria a la población son públicos o privados. Dentro de esta dimensión cobra especial importancia la provisión privada de financiación pública, es decir, cuando la administración pública concierta los servicios sanitarios con empresas o entidades privadas. Dicho de otra manera, cuando la financiación es pública, pero la ejecución es privada. Así, además de la concertación directa de servicios, han surgido diferentes formas de "colaboración público-privada", como la gestión privada de hospitales.

La tercera de las formas de privatización tiene que ver con la formación de profesionales de la salud. La privatización se da, por un lado, cuando entidades privadas, como la industria farmacéutica, dirigen, desarrollan y financian una parte de la formación continua de profesionales en activo. Por otro lado, destaca el rol que las universidades privadas desempeñan en la formación de quienes en el futuro serán parte del colectivo sanitario.

La cuarta dimensión se centra en la privatización de la investigación en salud. Sucede cuando empresas o entidades privadas asumen la responsabilidad, ejecución o financiación de la investigación relacionada con la salud.

La quinta y última dimensión alude a la privatización de la planificación en salud, cuando las Administraciones Públicas delegan en empresas privadas, mediante subcontratación, su responsabilidad en el diseño, evaluación o planificación de las políticas de salud y los servicios sanitarios.

Este desglose en la definición de «privatización sanitaria» permite describir y monitorizar este proceso en nuestro contexto e incluso establecer comparaciones con otros territorios. Sin embargo, algunas autoras y autores han destacado que, más allá de este tipo de definiciones más operativas y concretas, es necesario considerar la privatización como una estrategia integral más profunda, que pretende la permanente reestructuración del estado del bienestar y de los servicios públicos conforme a los intereses del capital (Whitfield, 2001).

Asimismo, la privatización no agota todas las formas en las que las lógicas privadas se introducen en el cuidado de la salud. Conviene así tener en cuenta el concepto de «mercantilización», que alude a la introducción de criterios de mercado o empresariales en el ámbito público para medir su eficiencia y eficacia (de Lara et al., 2015). Esto no lleva necesariamente a desplazar funciones ni activos del sector público al privado (Saltman, 2003), pero sí crea las condiciones económicas, ideológicas y de relaciones sociales a través de las cuales se facilita la privatización (Whitfield, 2001). De este modo, los sistemas sanitarios públicos pueden convertirse en un agente activo en la introducción de la lógica de mercado en el cuidado de la salud.

2 ¿POR QUÉ NOS DEBE PREOCUPAR LA PRIVATIZACIÓN SANITARIA? ¿CUÁLES SON SUS RIESGOS?

Diferentes organismos internacionales y estudios científicos han alertado sobre la amenaza que la privatización del sistema sanitario supone para la salud de las personas y su acceso equitativo al sistema. La Organización Mundial de la Salud ha destacado la importancia de la financiación y la provisión de la salud desde el sector público para el logro de la universalidad de la cobertura de salud (Commission of Social Determinants of Health, 2008).

El principal riesgo surge cuando se privatiza la financiación, pues esto tiene un impacto directo y severo en la salud y en la calidad de vida de la población, ya que aumenta las barreras de acceso y puede dejar a amplios colectivos sin la cobertura sanitaria necesaria (Farrants et al., 2017). Además, acarrea consecuencias socioeconómicas dramáticas, pues padecer una enfermedad puede convertirse en una de las principales causas de bancarrota familiar o pobreza, según se ha documentado en países con sistemas de salud altamente privatizados (Becker et al., 2022; Himmelstein et al., 2005, 2006).

Estudios internacionales han mostrado que, dentro de los países occidentales, los que cuentan con sistemas sanitarios de financiación privada más importantes presentan, en términos generales, peores indicadores de salud poblacional —por ejemplo, menor esperanza de vida y mayores desigualdades sociales en salud— en comparación con los países con sistemas sanitarios de financiación fundamentalmente pública. El ejemplo paradigmático lo constituye Estados Unidos, que presenta uno de los Productos Interiores Brutos (PIB) más altos del mundo y un gasto en salud significativamente mayor que los países de su entorno, especialmente en el caso del gasto

privado en salud. Sin embargo, registra uno de los porcentajes más altos de personas sin seguro médico, uno de los sistemas sanitarios peor valorados, así como una de las esperanzas de vida más bajas (Davis et al., 2014; Gottschalk, 2010).

Los riesgos de la privatización también son evidentes cuando lo que se privatiza es la provisión, es decir, cuando el sistema sanitario público concierta servicios con proveedores privados. Diversos estudios longitudinales han mostrado que el aumento de la provisión privada dentro de sistemas de financiación pública se asocia con peores resultados en salud, incluyendo mayor mortalidad evitable, incremento de infecciones hospitalarias y reducción de ratios de personal, sin que exista evidencia consistente de mejoras en la calidad asistencial (Bedard y Frech, 2009; Goodair et al., 2021; Goodair y Reeves, 2022; Toffolutti et al., 2017; Quercioli et al., 2013).

Esta evidencia ha sido sintetizada recientemente en una revisión publicada en The Lancet Public Health, que analizó estudios de alta calidad metodológica sobre la contratación externa de servicios sanitarios públicos en países de renta alta. Los autores concluyen que la privatización sanitaria, especialmente mediante modelos de externalización, se asocia de forma recurrente con peores indicadores de salud, como la mortalidad evitable (Goodair y Reeves, 2024). En el caso español, un estudio realizó una evaluación comparativa del denominado "modelo Alzira", un sistema de provisión concertada, y mostró que no existía una ventaja estructural atribuible a la gestión privada. Además, este modelo presentó peores resultados que los hospitales de gestión pública en algunos indicadores relevantes, como la mortalidad por infarto agudo de miocardio o ictus, así como en las hospitalizaciones evitables (Comendeiro-Maaløe et al., 2019). Los riesgos de la concertación de servicios con entidades privadas no solo ocurren con los servicios sanitarios, sino también con la externalización de los servicios no sanitarios. Por ejemplo, un estudio realizado en el Sistema Nacional de Salud inglés (NHS, por sus siglas en inglés) mostró cómo la privatización de la limpieza en los hospitales de agudos fue acompañada de una peor valoración del servicio por parte de los y las pacientes, un deterioro del servicio y un aumento de los brotes e infecciones hospitalarias (Toffolutti et al., 2017).

Respecto a los efectos de la privatización sobre la eficiencia económica, la evidencia empírica disponible cuestiona la extendida creencia de que la provisión privada sea intrínsecamente más eficiente que la pública (Bortolotti y Milella, 2008; Kruse et al., 2018). Diversos estudios han mostrado que las aparentes ganancias de eficiencia asociadas a procesos de privatización suelen lograrse fundamentalmente a través de la reducción de costes laborales, el recorte de ratios de personal y la selección de actividades o pacientes más rentables, más que mediante mejoras organizativas que

redunden en una mayor calidad asistencial (Goodair y Reeves, 2024; Parker y Saal, 2003).

La reducción de personal descrita en estos procesos suele producirse sin una disminución equivalente de la carga asistencial, lo que plantea riesgos directos para la calidad de la atención y la seguridad del y la paciente. Asimismo, la selección de pacientes más rentables puede traducirse en una segmentación progresiva del acceso y en un desplazamiento de la atención de los casos más complejos hacia el sector público (Goodair y Reeves, 2024).

En este sentido, la literatura señala que los procesos de privatización sanitaria pueden conllevar un deterioro de las condiciones de trabajo del personal sanitario, una menor protección de las personas usuarias y una peor calidad de los servicios prestados, lo que pone en cuestión la sostenibilidad de dichas "eficiencias" a medio y largo plazo. De hecho, un análisis comparativo de 38 países de la OCDE no encontró evidencia de que la privatización se asocie con mayores niveles de eficiencia; por el contrario, el estudio muestra que cuando la eficiencia se evalúa a partir de indicadores amplios de desempeño sanitario, los sistemas con mayor participación de financiación pública tienden a ser más eficientes (Molander, 2025). Además, la evidencia sugiere que la privatización puede generar reducciones de costes a corto plazo a expensas de un deterioro progresivo de la capacidad pública, dificultando la sostenibilidad y la reversibilidad del sistema sanitario (Goodair y Reeves, 2024).

Finalmente, la privatización introduce riesgos relevantes en términos de gobernanza, al debilitar la transparencia y los mecanismos de control público. Tal y como advierte la Comisión Europea, la introducción de incentivos de beneficio personal en el ámbito sanitario incrementa las oportunidades de corrupción y captura del sistema, especialmente en contextos de contratación compleja y supervisión limitada (European Commission: Directorate-General for Migration and Home Affairs & ECORYS, 2013).

La privatización no mejora la sostenibilidad del sistema público, y además puede amenazarla. En primer lugar, supone una pérdida de recursos. Por ejemplo, cuando la contratación de un seguro de salud privado conlleva beneficios fiscales o cuando se reduce o libera a la sanidad privada de impuestos como el IVA, se producen importantes pérdidas en la recaudación fiscal que pueden tener efectos sobre el gasto público en salud y, por tanto, sobre su sostenibilidad. Además, no parece cierta la idea ampliamente difundida de que los sistemas sanitarios privados tienen un efecto positivo sobre la sostenibilidad del sistema público descongestionando la sanidad pública y haciendo que ésta ahorre dinero. No hemos encontrado ningún estudio que lo pruebe ni que cuantifique este supuesto efecto. Es más, un estudio que analizó el

comportamiento de personas que tenían doble aseguramiento en Catalunya llegó a la conclusión de que estas personas tenían un mayor consumo de recursos públicos que quienes solo tenían aseguramiento público (Vera Hernández, 1999). Además, la coexistencia del sector privado puede restar recursos del sector público o poner en juego incentivos que aumenten las listas de espera. En una revisión publicada en 2004 en la revista Journal of Health Politics, Policy and Law se llegaba a la conclusión de que las listas y tiempos de espera en el sector público son mayores en los países con sectores sanitarios privados paralelos (Tuohy et al., 2004).

En esta línea, la expansión del sector sanitario privado conlleva un riesgo significativo de sobremedicalización. Este fenómeno tiene consecuencias importantes tanto para la salud poblacional como para el gasto sanitario general. Revisiones sistemáticas a nivel europeo han demostrado que los hospitales privados están más influenciados por incentivos financieros (Kruse et al., 2018; Pan et al., 2023), lo que se asocia directamente con un aumento en la realización de pruebas diagnósticas, procedimientos y una mayor tendencia hacia la sobremedicalización. Como sostiene Dean (2015), cuando la medicina se convierte en un negocio, las y los profesionales pueden verse inclinados a tomar decisiones basadas en el beneficio económico y no en la necesidad real de las personas enfermas. Esta dinámica provoca una sobreutilización de la asistencia sanitaria, alentando una medicalización creciente de la vida. Además, todo ello repercute en el sistema público de salud, al aumentar la presión y la demanda por parte de la población para que se realicen más pruebas y tratamientos.

En segundo lugar, la privatización de la financiación y del aseguramiento sanitario provoca la huida de las clases más aventajadas del sistema público al privado. Si las clases más aventajadas dejan de utilizar el sistema sanitario público, este tenderá a deteriorarse, ya que son las que tienen más poder para exigir el mantenimiento de un sistema robusto y de calidad. Este proceso es una de las mayores amenazas para la sostenibilidad del sistema público.

La privatización de la formación de profesionales de la salud también conlleva riesgos para la salud poblacional. Diversos artículos científicos apuntan a la existencia de una serie de prácticas de la industria farmacéutica que pueden tener como consecuencia una práctica médica menos basada en la evidencia científica (Spielmans y Parry, 2010; The PLoS Medicine Editors, 2009), debido a la existencia de conflictos de interés (Ruano, 2011).

La presencia de la industria farmacéutica en la formación sanitaria de grado, posgrado y a lo largo de la carrera profesional cuestiona su independencia y objetividad (Council on Ethical and Judicial Affairs, 2010), afectando a la práctica profesional.

Varios estudios nacionales e internacionales han descrito la elevada exposición de estudiantes y residentes de medicina a actividades promocionales de la industria farmacéutica (Calderón y Rabanaque, 2014; Martín-Aranda et al., 2007; Vainiomäki et al., 2004). Un estudio mostró que, si bien el estudiantado considera que esta presencia no tiene influencia en su propia prescripción, sí identifica este efecto en sus compañeros y compañeras (Calderón y Rabanaque, 2014; Sierles et al., 2005).

En relación con la formación continuada, se ha descrito que los programas de formación apoyados por la industria suelen abordar un rango más estrecho de temas: se centran más en terapias farmacológicas y tratan de una manera más favorable los productos de la compañía (Bowman, 1986; Wazana, 2000). También se ha mostrado la influencia que estos programas tienen en la prescripción de los y las profesionales participantes (Bowman y Pearle, 1988; Orlowski y Wateska, 1992; Wazana, 2000), evidenciándose un menor conocimiento sobre prescripción basada en la evidencia (Austad et al., 2014; Fugh-Berman, 2021) y actitudes más proclives al marketing (Austad et al., 2011). También se han descrito otras formas, indirectas y alternativas, llevadas a cabo por la industria para influir en la tendencia de la prescripción y el uso de fármacos, por ejemplo, a través de personas investigadoras, editoriales y organizaciones científicas (Verdú, 2020). Asimismo, la privatización de la formación también se relaciona con la creciente oferta de formaciones sanitarias desde las universidades privadas. Este hecho genera una importante barrera de acceso a estas titulaciones según el nivel socioeconómico de las personas, por lo que se crea un personal sanitario más lejano del perfil de la sociedad a la que prestará asistencia.

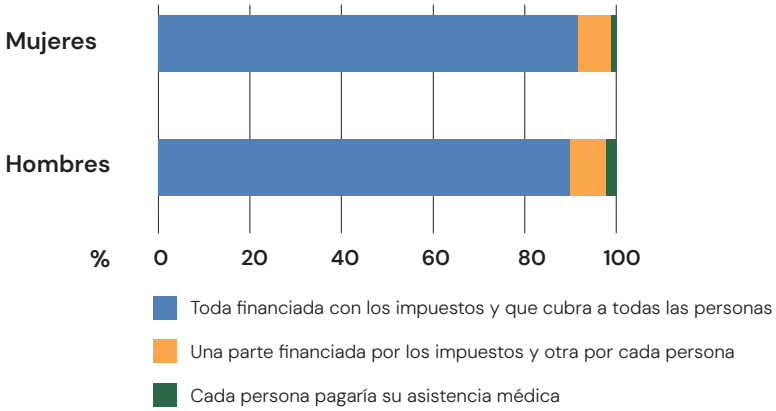
Por último, la privatización en la investigación se relaciona con el papel relevante de las multinacionales farmacéuticas, que la financian en gran parte (Altisent, 2003). Esta presencia de la industria puede provocar que la investigación no se dirija inequívocamente a mejorar la salud y el bienestar social, sino que pase a regirse por objetivos empresariales. Agregado a lo anterior, las empresas privadas tendrían acceso a los datos genéticos y otras informaciones sensibles sobre la salud de la población, lo que no solo plantea problemas éticos ligados a la falta de protección de datos personales, sino que podría abrir la puerta a la explotación indebida de dicha información; por ejemplo, a través de mecanismos de discriminación en diferentes ámbitos basados en la creación de perfiles genéticos creados a partir de esos datos.

El sistema sanitario público y su deslegitimación: condiciones para una privatización sanitaria

3 LA POBLACIÓN VASCA QUIERE MANTENER UN SISTEMA SANITARIO PÚBLICO, UNIVERSAL, DE CALIDAD Y FINANCIADO POR IMPUESTOS

El consenso social en Euskadi a favor de un sistema sanitario público financiado mediante impuestos y de cobertura universal es casi total. Más de 9 de cada 10 personas (93%) comparten la visión de que la sanidad debe cubrir a toda la población, sin importar sus características o aportación al sistema. Solo un 1% cree que debería ser financiada individualmente y un 6% propone un modelo intermedio, combinando impuestos y aportación individual (Gráfico 1).

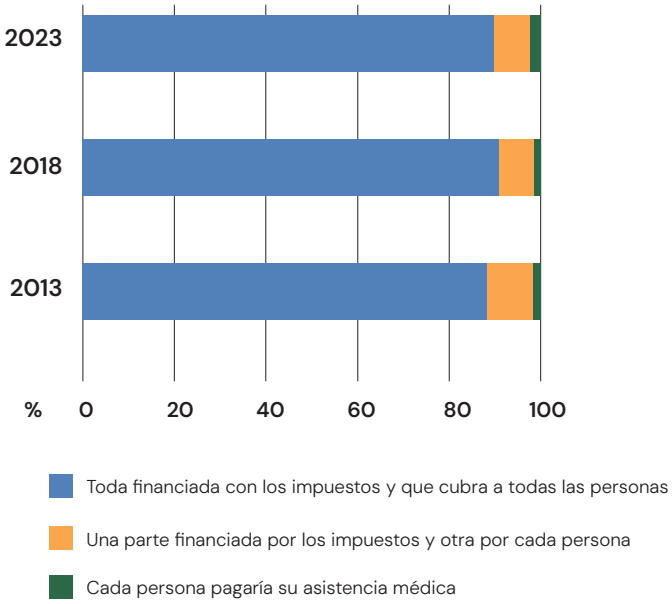
***Gráfico 1.* Opinión sobre cómo debería financiarse en el futuro la asistencia sanitaria según sexo. Euskadi, 2023.**



***Fuente:** Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Euskadi 2023.*

Este rotundo apoyo a un sistema financiado por impuestos y de cobertura universal apenas ha variado con el tiempo. Entre 2013 y 2023 el porcentaje de personas partidarias de un sistema financiado por impuestos y de carácter universal aumentó más de un punto porcentual, pasando del 91,5% al 92,8% (Gráfico 2).

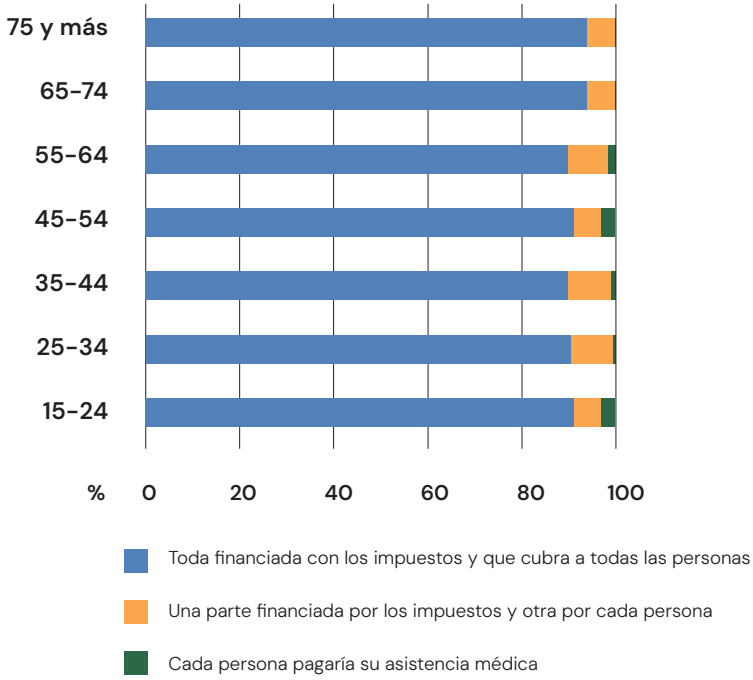
Gráfico 2. Evolución de la opinión sobre cómo debería financiarse en el futuro la asistencia sanitaria. Euskadi, 2013-2023.



***Fuente**: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Euskadi (varias ediciones).*

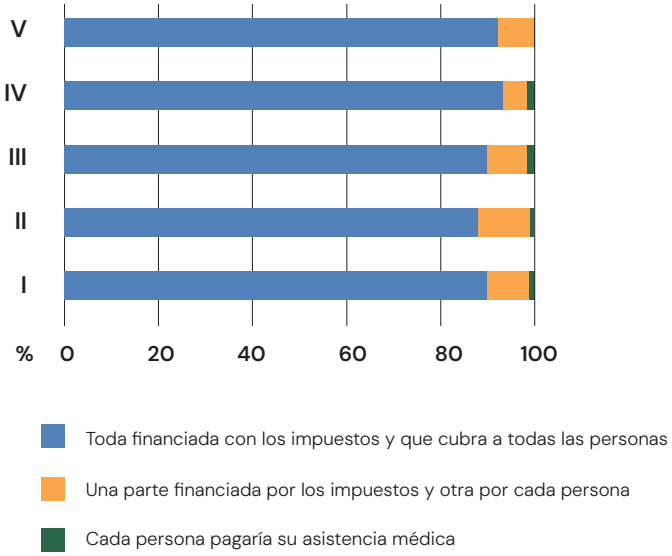
El consenso sobre la financiación de la sanidad pública a través de impuestos se produce en todas las edades (Gráfico 3) y clases sociales (Gráfico 4). En todos los grupos de edad más del 90% defiende que la sanidad se financie con impuestos —este porcentaje se eleva al 95% entre quienes tienen más de 65 años—, y lo mismo ocurre con las clases sociales.

Gráfico 3. ***Evolución de la opinión sobre cómo debería financiarse en el futuro la asistencia sanitaria según edad. Euskadi, 2023.***



Fuente*: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Euskadi 2023.*

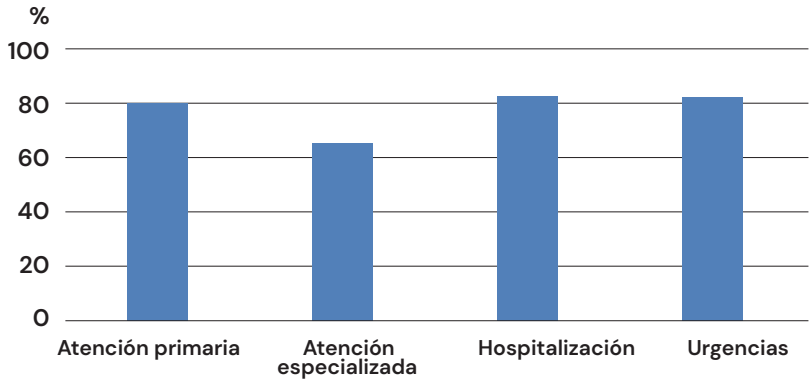
***Gráfico 4.** Evolución de la opinión sobre cómo debería financiarse en el futuro la asistencia sanitaria según clase social (I más rica y V más pobre). Euskadi, 2023.*



***Fuente:** Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Euskadi 2023.*

En lo referente al lugar donde se recibe la asistencia sanitaria —en un centro sanitario público o en uno privado—, los resultados muestran que, independientemente del tipo de servicio, la mayor parte preferiría ser atendida en un centro sanitario público, especialmente si se tratase de una hospitalización. En concreto, más del 80% de las personas encuestadas optaría por ser hospitalizada o atendida de urgencia en un centro sanitario público. Un porcentaje similar se recoge para la atención primaria, mientras que la cifra descendía ligeramente en el caso de la atención especializada, donde aproximadamente el 64% de las personas preferiría acudir a un centro sanitario público (Gráfico 5).

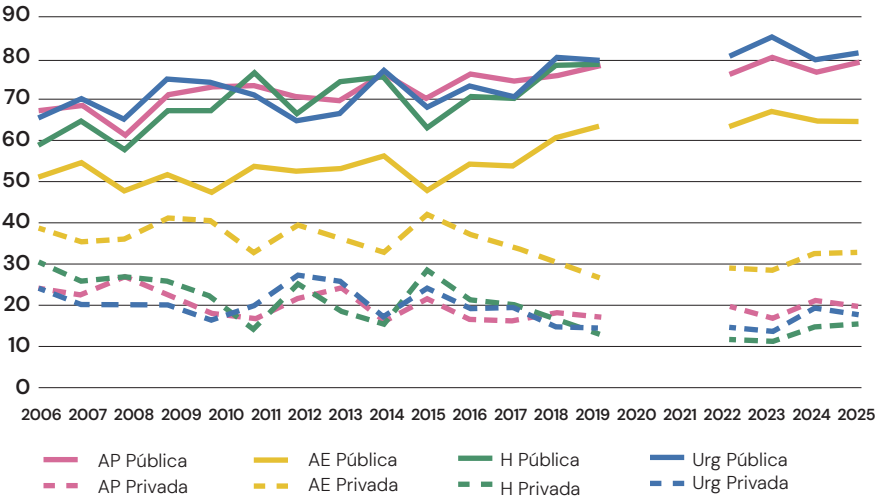
***Gráfico 5.** Porcentaje de personas que preferirían acudir a un centro sanitario público para diferentes servicios sanitarios. Euskadi, 2025.*



***Fuente:** Elaboración propia a partir del Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad.*

En perspectiva temporal, los porcentajes de preferencia por los centros públicos se han mantenido constantes en los últimos años, e incluso presentan una leve tendencia ascendente, aunque descendieron ligeramente entre 2023 y 2024 (Gráfico 6).

***Gráfico 6.** Porcentaje de personas que preferirían acudir a un centro sanitario público o a un centro sanitario privado para diferentes servicios sanitarios. Atención primaria (AP), atención especializada (AE), hospitalización (H), urgencia (Urg). Euskadi, 2006-2025**



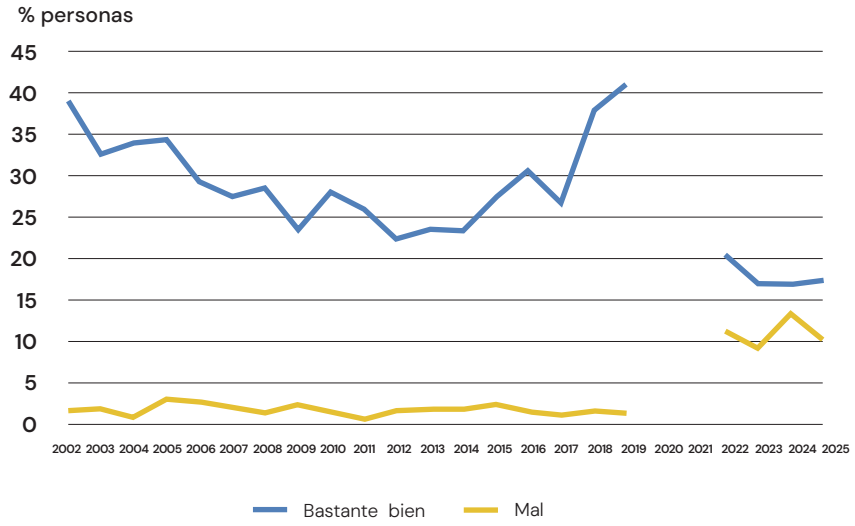
***Fuente**: Elaboración propia a partir del Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad.*
**El Barómetro no se realizó en los años 2020 y 2021.*

4 EMPEORA LA VALORACIÓN Y LA LEGITIMIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

En el apartado anterior hemos apuntado que el sistema sanitario público goza de una alta legitimidad por parte de la población vasca. Sin embargo, durante los últimos años, estamos asistiendo a un empeoramiento de la percepción que sobre este tiene la población. Si bien en el periodo 2009-2019 la valoración mejoró considerablemente, en el periodo 2022-2025 descendió drásticamente. Concretamente, en 2019, el 42,8% de la población opinaba que el servicio público de salud funcionaba bastante bien, mientras que en 2025 este porcentaje fue solo del 18%. En este último año, el 10,4% de la población manifestaba que el sistema funcionaba mal, frente al 2,3% que opinaba así en 2019. Los últimos años disponibles arrojan la peor valoración de todo el periodo analizado (Gráfico 7).



Gráfico 7. ***Evolución del porcentaje de personas que opinan que el sistema sanitario público funciona «en general bastante bien» y de las que opinan que funciona «mal y necesita cambios profundos». Euskadi, 2002-2025*.***

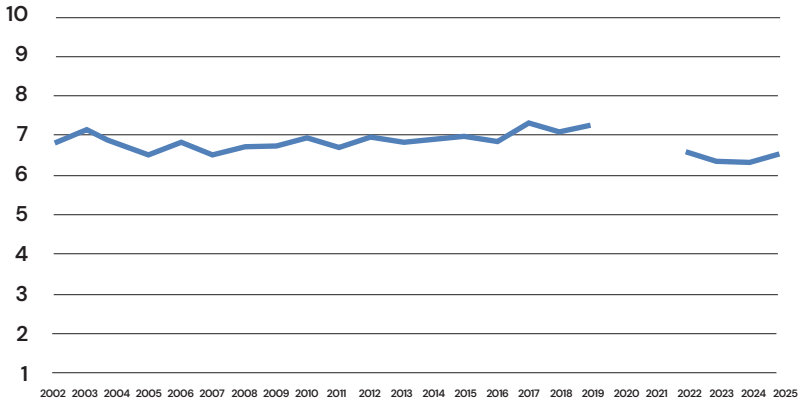


Fuente*: Elaboración propia a partir del Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad.*

Nota*: Los porcentajes no suman 100 porque hay otras categorías de respuesta: «funciona bien, aunque necesita algunos cambios» y «necesita cambios fundamentales, aunque algunas cosas funcionan». *El Barómetro no se realizó en los años 2020 y 2021.*

Aunque en menor intensidad, la satisfacción con el sistema público de salud también ha empeorado en los últimos años. Así, después de una tendencia estable, en 2024 la valoración media del sistema público fue un punto menor que en 2019, si bien en 2025 llegó hasta los 6,54 puntos de valoración media de satisfacción (Gráfico 8).

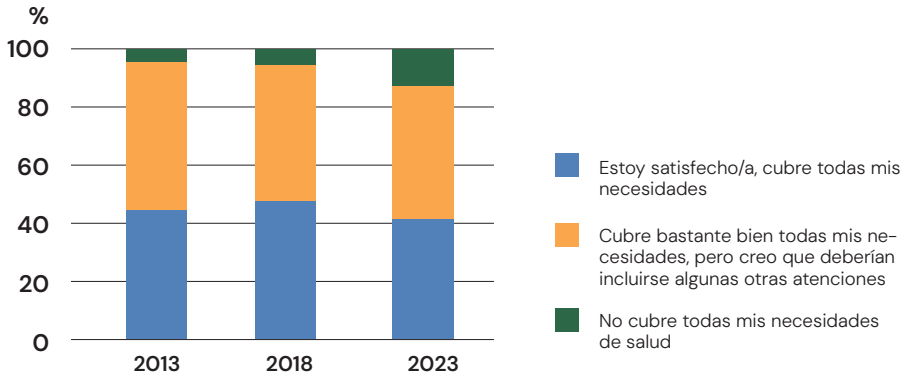
***Gráfico 8.** Evolución del nivel medio de satisfacción con el sistema sanitario público medido del 1 al 10, siendo 1 muy bajo y 10 muy alto. Euskadi, 2002-2025*.*



***Fuente:** Elaboración propia a partir del Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad.*
**El Barómetro no se realizó en los años 2020 y 2021.*

También ha empeorado en los últimos años la percepción sobre la capacidad del sistema sanitario público para cubrir las necesidades de salud de la población. Desde 2013 a 2023 el porcentaje de personas que pensaba que el Servicio Vasco de Salud-Osakidetza no cubría sus necesidades de salud pasó del 4,4% al 14,7%. Este aumento se produjo especialmente entre 2018 y 2023 (Gráfico 9).

***Gráfico 9.** Evolución de la percepción sobre la capacidad del sistema para cubrir necesidades de salud. Euskadi, 2013-2023.*



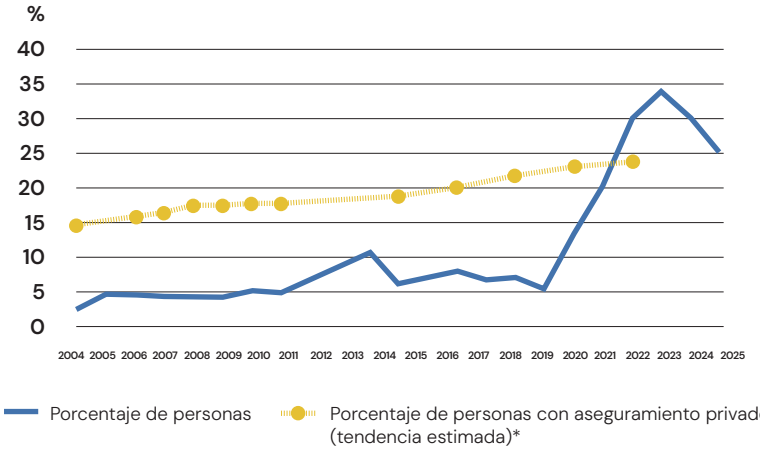
***Fuente:** Elaboración propia a partir de las Encuestas de Salud de Euskadi 2013 a 2023.*

5 EL RELATO SOBRE EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO Y SU FUTURO COMO HERRAMIENTA PARA LA PRIVATIZACIÓN SANITARIA

La creciente percepción sobre el empeoramiento del sistema sanitario público de Euskadi ha provocado que la sanidad se convierta en uno de los temas de mayor preocupación social. Los datos de sociómetros elaborados por el Gobierno Vasco indican que el porcentaje de la población que sitúa la sanidad entre uno de los tres problemas más importantes de la comunidad ha aumentado considerablemente: en 2019 era menos del 7%, mientras que en 2024 llegó a ser el 34% (Gráfico 10).

Diversos estudios han demostrado que la valoración de la calidad del sistema público y el aumento de la percepción de la sanidad como problema están relacionados con la contratación de seguros sanitarios privados (Costa-Font y Jofre-Bonet, 2008; Sigüenza y Mariel, 2015). En Euskadi, el gráfico 10 refleja que el porcentaje de personas con seguro privado ha crecido en los últimos años y permite plantear la hipótesis de que este incremento puede haberse visto potenciado por el aumento de la preocupación por el servicio público de salud.

Gráfico 10. ***Porcentaje de personas que incluyen la sanidad, Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, la Seguridad Social o la salud entre uno de los tres principales problemas de Euskadi (azul eje izquierdo) y porcentaje de personas con seguro sanitario privado (naranja discontinuo eje derecho). Euskadi, 2004-2026.***



Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos del Sociometro. Gobierno Vasco y Eustat, 2004-2026.*
**Los últimos datos disponibles para el porcentaje de personas con seguro sanitario privado son del 2023.*

Estos efectos de la percepción sobre el empeoramiento de la calidad del sistema sanitario público y la percepción de que esto es un problema, generan dos consecuencias directas:

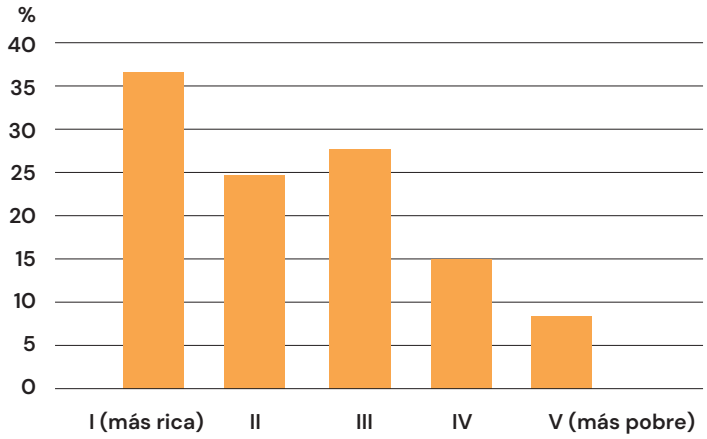
- **Huida individual:** impulsa a la población a buscar soluciones privadas, como la contratación de seguros de salud, lo que debilita aún más la base social y económica del sistema público.
- **Justificación de la privatización:** configura las bases sociales e ideológicas que allanan el terreno y permiten la expansión de la privatización sanitaria.

El abandono del sistema público y la huida al privado se realizan en primer lugar por las clases más aventajadas, con poder adquisitivo para sufragar los gastos de contratación. El Gráfico 11 pone de manifiesto que, a medida que asciende la clase social, el porcentaje de personas con doble aseguramiento aumenta; ya que lo hace un 7,7% entre la clase menos aventajada y un 35% en la clase de mayor posición socioeconómica. Esta huida de las clases más aventajadas supone un riesgo todavía mayor para la legitimidad y sostenibilidad del sistema porque, como ya se ha apuntado, son precisamente las clases más altas las que tienen una mayor capacidad de presión para el mantenimiento de un sistema de calidad.

Se atribuye a Richard Titmuss (1958) una frase muy utilizada en políticas públicas que dice que un sistema para pobres termina convirtiéndose en un pobre sistema. Es decir, si el sistema sanitario público se convierte en un recurso solo para quienes no pueden costearse otra alternativa, tenderá a deteriorarse, perdiendo calidad, financiación, prestigio y apoyo social, y se convertirá en un mal sistema. La clave para contar con un sistema sanitario público de calidad, robusto, equitativo y sostenible, es que lo utilice toda la población, sobre todo la de mayor capacidad adquisitiva y poder social, con capacidad de incidencia para su buen mantenimiento.

En otras palabras, este aumento de la percepción negativa sobre el sistema sanitario tiene serias implicaciones para su sostenibilidad social y económica tanto en el presente como en el futuro, ya que impacta sobre las bases del amplio consenso social descrito en el apartado anterior.

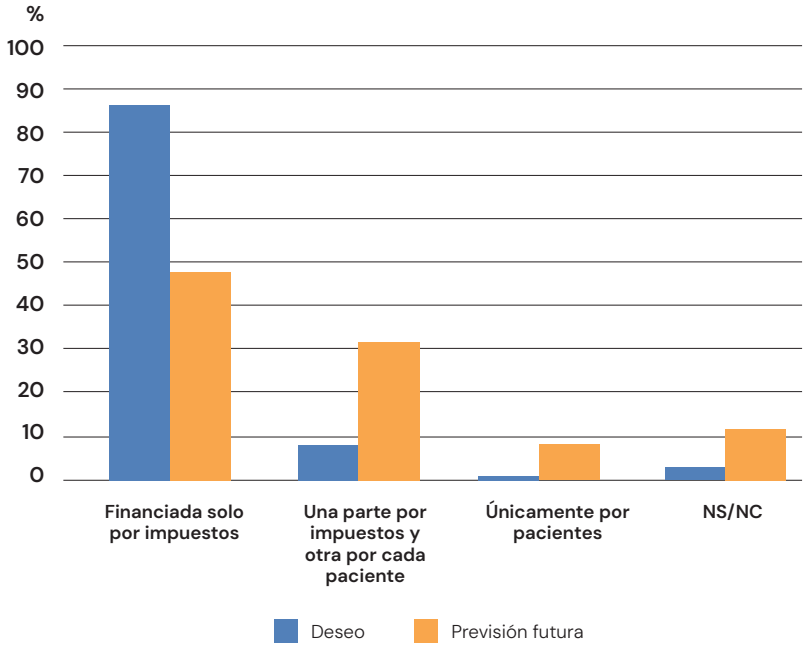
Gráfico 11. ***Porcentaje de personas con seguro sanitario privado según clase social. Euskadi, 2023.***



Fuente: *Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Euskadi 2023.*

El efecto de esta narrativa es muy importante y sus consecuencias muy relevantes. Esto es así hasta tal punto que puede modificar la percepción de cómo será en el futuro el sistema sanitario. El gráfico 12 muestra cómo, aunque más del 90% de las personas cree que el sistema sanitario vasco del futuro debe ser público, financiado con impuestos y de cobertura universal, solo el 46% manifiesta que ese será el modelo de la asistencia sanitaria en Euskadi durante las próximas dos décadas (Gráfico 12).

***Gráfico 12.** Opinión sobre cómo debería financiarse en el futuro la asistencia sanitaria y cómo será la asistencia en Euskadi dentro de 20 años. Euskadi, 2019.*



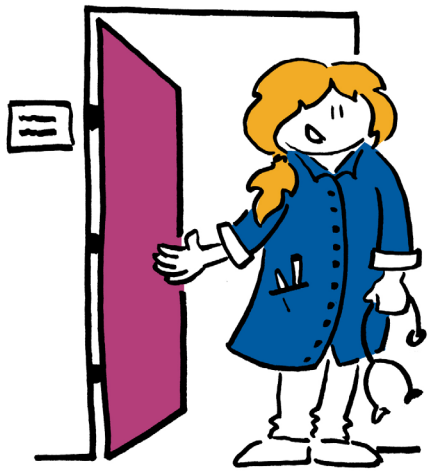
***Fuente:** Elaboración propia a partir de datos de Ikuskerak 12 del Gobierno Vasco (2020).*

Puede que esta diferencia entre deseo y predicción por parte de la población sea una de las mayores amenazas al sistema, ya que el relato de su insostenibilidad parece haber calado hasta el punto de no ver factible lo deseable.

¿Pero por qué percibimos que el sistema que deseamos no va a ser posible en el futuro?

Además de la percepción negativa sobre la calidad del sistema sanitario y de las consecuencias que ya hemos comentado, una de las claves para entender esta brecha entre el modelo de sistema sanitario que la población desea y el que cree que acabará materializándose es la creación de un relato en contra del sistema sanitario público que sirve a diferentes intereses económicos y políticos. En este relato se ha

utilizado como argumento la situación demográfica. Así, en las últimas décadas, el envejecimiento poblacional ha sido presentado de forma recurrente como una amenaza casi natural e inevitable para la viabilidad futura del sistema sanitario público, construyendo la idea de que el aumento del gasto sanitario asociado a una población más envejecida hará imposible sostener un modelo universal financiado con impuestos tal y como lo conocemos. Sin embargo, como ha mostrado la evidencia empírica (Martin, 2019), este diagnóstico simplifica y distorsiona de manera significativa la relación entre demografía, gasto sanitario y sostenibilidad del sistema. En particular, se ha demostrado que el envejecimiento demográfico explica solo una parte minoritaria del crecimiento del gasto sanitario, y que factores como los cambios en la práctica clínica, la innovación tecnológica, la organización de los servicios y los procesos de mercantilización de la atención sanitaria tienen un peso mucho mayor en su evolución. Se utiliza el envejecimiento, y la demografía en general, como un argumento aparentemente técnico, neutral y objetivo para desplazar el debate desde el terreno de las decisiones políticas hacia el de una supuesta fatalidad demográfica. Este tipo de discurso contribuye a generar una percepción de inevitabilidad que erosiona la confianza en el futuro del sistema público y normaliza la idea de que el modelo deseable no es viable, allanando así el terreno para la aceptación social de soluciones privatizadoras presentadas como la única salida posible frente a una insostenibilidad construida más desde el relato que desde los datos (Martin, 2019).



Privatización de la financiación de la salud y el aseguramiento sanitario: la peor cara de la privatización

6 AUMENTA EL PESO DEL GASTO PRIVADO EN LA FINANCIACIÓN DE LA SALUD: LA CARA MÁS PELIGROSA DE LA PRIVATIZACIÓN SANITARIA EN EUSKADI

Como se apuntó al inicio de esta publicación, la financiación de la salud hace referencia a quién aporta el dinero y los recursos necesarios para mantener los servicios sanitarios y sufragar sus gastos. En nuestro contexto, este gasto puede provenir de fuentes públicas, fundamentalmente del Gobierno Vasco, o de fuentes privadas —gasto de bolsillo de las familias o empresas privadas—. Tal y como se recoge y desarrolla en el segundo punto de esta publicación, esta dimensión de privatización es la que peores consecuencias tiene para la salud de la población.

En 2023, en Euskadi, el 30,5% de la financiación de la salud procedía de fuentes privadas, mientras que el 69,5% lo hacía de fuentes públicas. Del conjunto de la financiación privada, la mayor parte provino del gasto de bolsillo, es decir, del pago directo de los hogares. Concretamente, supuso el 25,2% del total de la financiación en salud y el 82,4% de la privada. Del casi 18% restante del gasto privado, la mayor parte provino de los seguros de salud privados voluntarios que supusieron el 16,5%, esto es, el 5,0% del gasto total en salud (Tabla 1).

Tabla 1. ***Gasto en salud por tipo de financiación. Euskadi, 2023.***

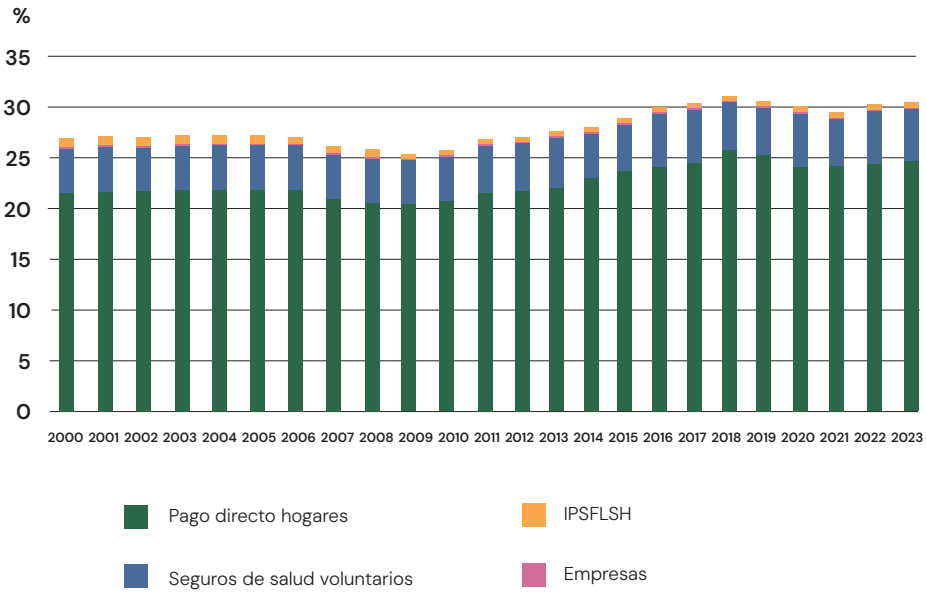
	Miles de €	% gasto en salud	% tipo de financiación*
Financiación pública	**5.944.151**	**69,49**	**100**
Administraciones públicas (financiado por impuestos generales)	5.833.329	68,19	98,14
Seguros de salud obligatorios (cotizaciones obligatorias de mutuas de trabajo y mutualidades de funcionarios)	110.822	1,30	1,86
Financiación privada	**2.610.062**	**30,51**	**100**
Pagos directos de los hogares	2.151.564	25,15	82,43
Seguros de salud privados/ voluntarios	430.295	5,03	16,49
Instituciones públicas sin fines de lucro al servicio de los hogares (IPSFLSH) (ONG, asociaciones de pacientes, hospitales sin ánimo de lucro y otras instituciones sin ánimo de lucro)	2.368	0,03	0,09
Empresas (servicios y programas de salud contratados por empresas para sus empleados)	23.523	0,27	0,90
Gasto total en salud	**8.554.213**	**100,00**	

Fuente: *Elaboración propia a partir de Eustat. Cuenta de la Salud.*

** Valores redondeados a dos decimales.*

En los últimos 20 años, el peso de la financiación privada sobre el total del gasto aumentó en 3,3 puntos porcentuales (un 12,1%), pasando de un 27,6% en 2003 a un 30,5% en 2023 (Gráfico 13).

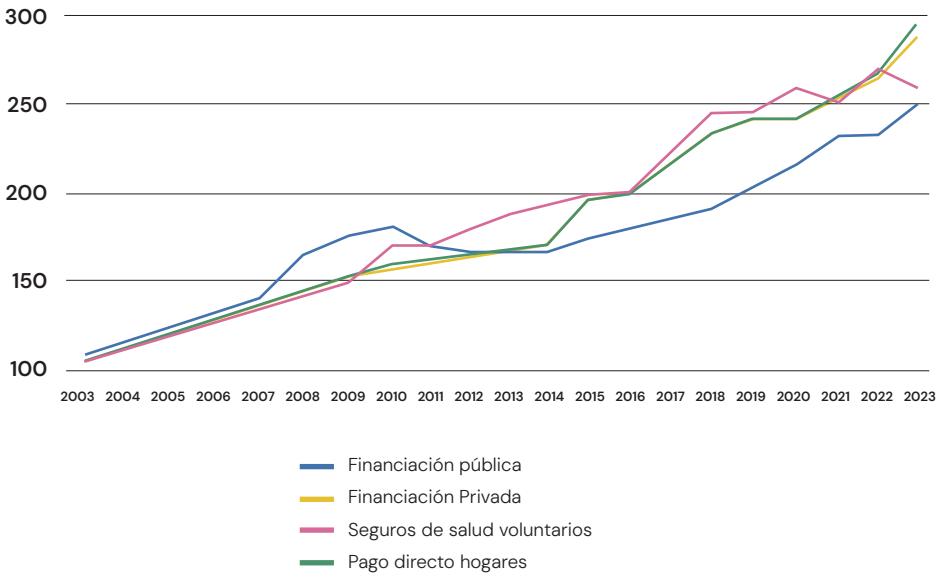
Gráfico 13. ***Evolución del porcentaje de gasto privado en la financiación total de la salud. Total, y según financiador. Euskadi, 2000-2023.***



***Fuente**: Elaboración propia a partir de Eustat. Cuenta de la Salud.*

Este aumento se debe a que el gasto privado en salud creció en mayor medida que el público (183,4% frente a 147,6%). El gasto directo de los hogares es el que más creció con 3,7 puntos porcentuales (17,3%) (Gráfico 14).

Gráfico 14. ***Evolución relativa (2003 = 100) del gasto en salud total según diferentes tipos de financiación. Euskadi, 2003-2023.***



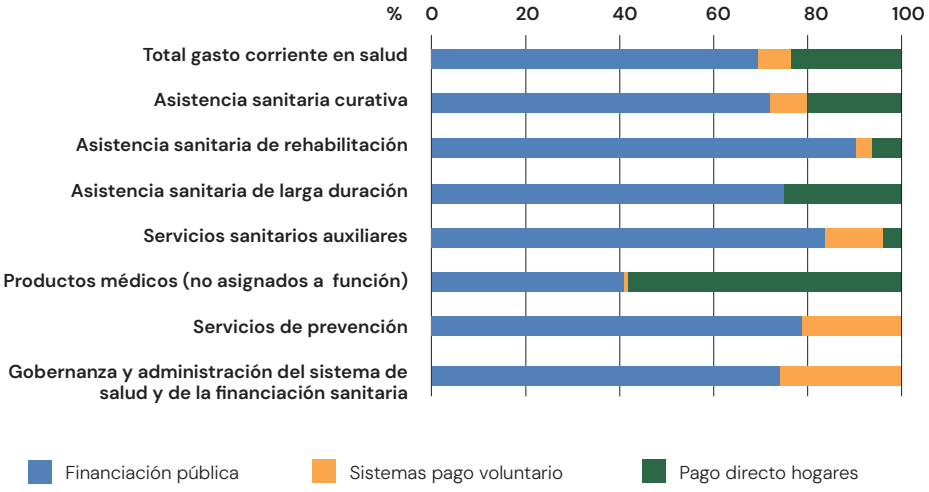
***Fuente**: Elaboración propia a partir de Eustat. Cuenta de la Salud.*

En función del gasto, la categoría con mayor peso en la privatización de la financiación fue la de productos médicos no vinculados directamente a los servicios sanitarios (medicamentos y dispositivos médicos de uso personal como gafas, prótesis o material de curas). Debido al copago farmacéutico y a la compra de dichos productos no financiados por el sistema público, el 59,1% del gasto en este ámbito fue privado y recayó fundamentalmente en los hogares.

El gasto de bolsillo también es elevado en asistencia curativa. Supuso el 35,1% del gasto de la asistencia ambulatoria (que incluye consultas médicas, de especialistas y tratamientos que no requieren hospitalización). Dicho gasto se corresponde, en gran parte, con servicios no cubiertos o parcialmente cubiertos dentro del sistema público, como la mayoría de las consultas y tratamientos odontológicos o psicológicos.

En cambio, el gasto asumido por seguros privados de salud fue más relevante en otras funciones, como los servicios sanitarios auxiliares (por ejemplo, laboratorios clínicos o diagnóstico por imagen), donde representó el 12,8% del total, así como en los gastos de gobernanza y administración del sistema, donde la financiación mediante seguros alcanzó el 26,9% (Gráfico 15).

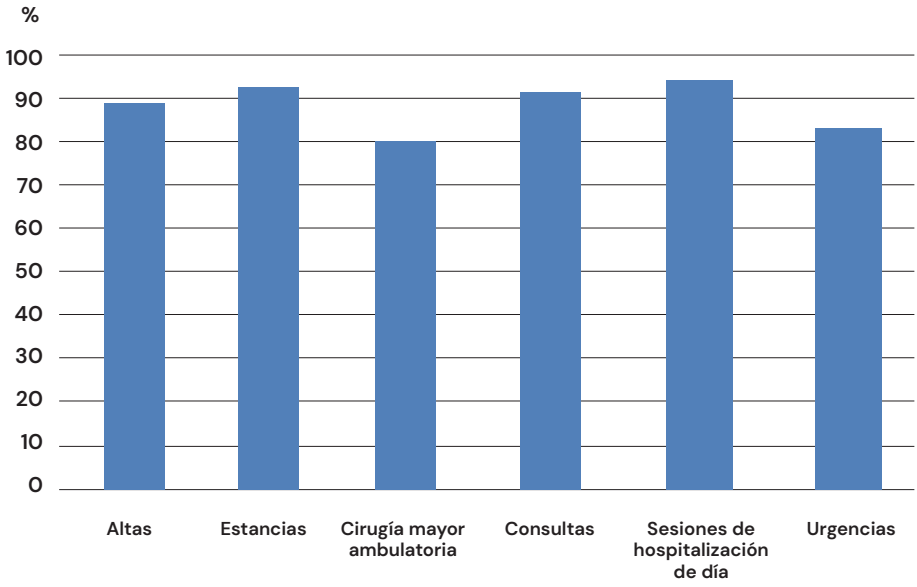
Gráfico 15. ***Porcentaje de financiación en cada función de gasto. Euskadi, 2023.***



***Fuente**: Elaboración propia a partir de Eustat. Cuenta de la Salud.*

Por último, también podemos considerar la fuente de financiación de la actividad asistencial hospitalaria, y por tanto, su nivel de privatización. El Sistema de Información de Atención Especializada ofrece datos de la financiación de la actividad asistencial realizada en el ámbito hospitalario. Las actividades asistenciales con un mayor grado de privatización fueron la cirugía mayor ambulatoria y las urgencias, donde la financiación pública fue del 80% y 83% respectivamente. En el resto de intervenciones, la financiación pública fue mayor del 90%, salvo en el caso de las altas (89%) (Gráfico 16).

Gráfico 16. ***Porcentaje de financiación pública de diferentes actividades asistenciales hospitalarias. Euskadi, 2023.***



Fuente*: Elaboración propia a partir de datos de Sistema de Información de Atención Especializada del Ministerio de Sanidad.*

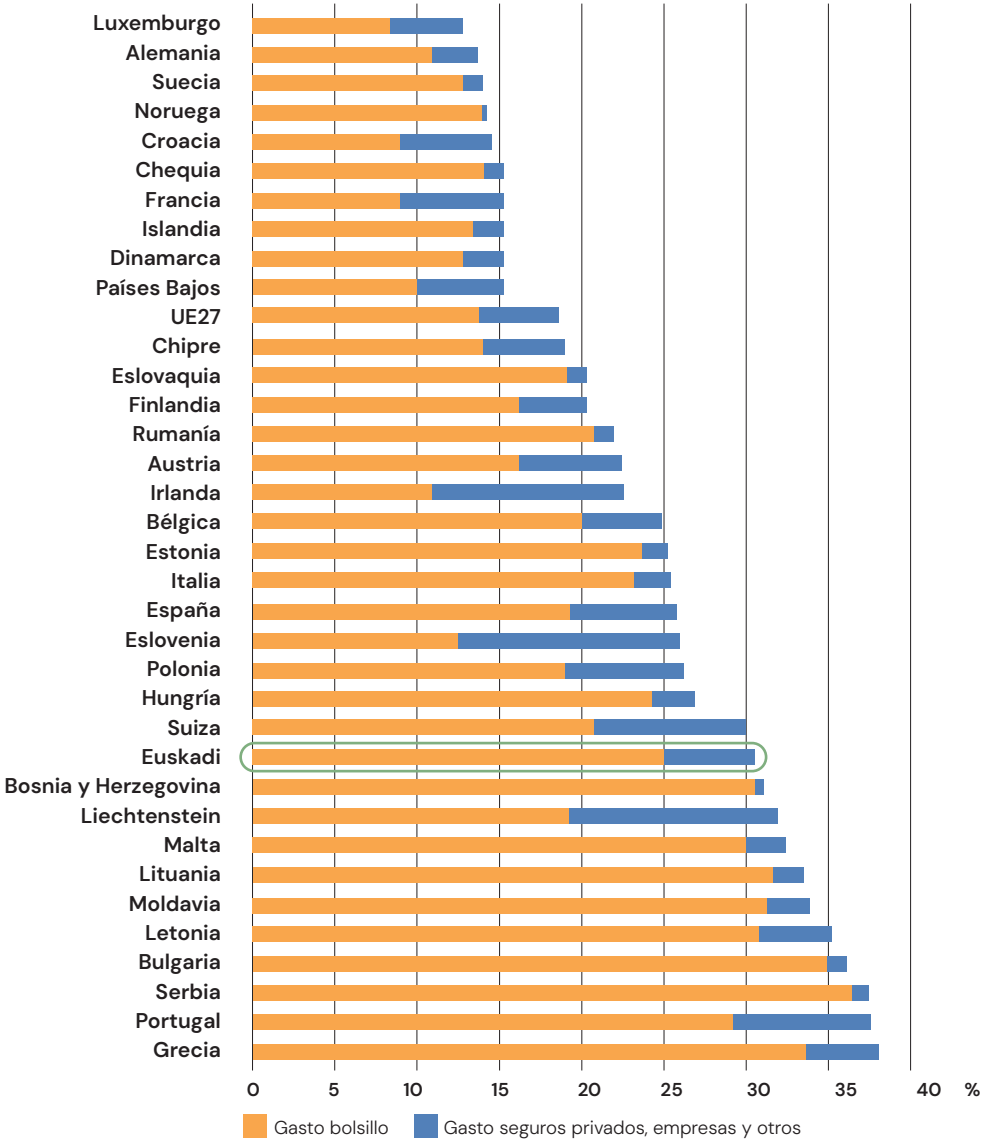
7 EUSKADI PRESENTA UNA DE LAS MAYORES TASAS DE PRIVATIZACIÓN DE LA FINANCIACIÓN DE LA SALUD DE LA UNIÓN EUROPEA

El nivel de privatización de la financiación en Euskadi se situó por encima de la mayoría de países europeos. Concretamente, fue mayor que en 25 de los 34 países (el 74%) europeos.

El nivel de privatización de la financiación en Euskadi supera al de la gran mayoría de los países europeos. Con un nivel del 30,5% de financiación de carácter privado, se sitúa significativamente por encima de la media de la UE-27 (18,7%). De hecho, muestra una mayor privatización que el 74% de los países analizados, y dentro de los 27 Estados miembros de la UE, solo seis (Grecia, Portugal, Bulgaria, Letonia, Lituania y Malta) presentan cifras superiores. Euskadi presenta niveles superiores a los de países como Luxemburgo (12,7%), Alemania (13,3%) o Suecia (14,0%), superando incluso la media del estado español (26%) (Gráfico 17).



***Gráfico 17.** Porcentaje de gasto total en salud mediante financiación privada según el tipo: gasto de seguros privados, empresas y otros y gasto de bolsillo. Euskadi y países europeos (UE y no UE), 2022-2023*.*



**En los casos en los que no hay datos de 2022 o 2023 se utilizan los del último año disponible.*

***Fuente:** Elaboración propia a partir de Eustat y Eurostat. Cuenta de la Salud.*

La mayor privatización de la financiación en Euskadi se debió al gasto de bolsillo (25,2% del total de financiación de la salud), por encima de la media de la UE-27 (14,3%) y del 71% de los países, pero también a un elevado gasto en seguros sanitarios privados y de empresas. Este último tipo de financiación supuso el 5,7% en Euskadi, frente al 4,4% de la media en los países de la UE-27.

La comparación entre Euskadi y el resto de CC.AA resulta más complicada. Contamos con datos de la privatización de la financiación de la actividad asistencial hospitalaria. Según estos datos, la posición de Euskadi sería más favorable que la media de CC.AA en todas las actividades asistenciales hospitalarias consideradas, salvo en las sesiones de hospitalización de día, en la que ocupa una posición intermedia (Tabla 2).

Tabla 2. ***Porcentaje de financiación pública de diferentes actividades asistenciales hospitalarias en Euskadi, en el conjunto del Estado y posición de Euskadi respecto al resto de CC.AA*, 2023.***

	Valor Euskadi	Valor estado español	Posición Euskadi resto CC.AA*
Altas	89,1	80,2	12/17
Estancias	93,0	88,7	14/17
Cirugía mayor ambulatoria	80,2	72,4	12/17
Consultas	91,3	76,8	16/17
Sesiones hospitalización de día	94,3	93,4	6/17
Urgencias	83,4	74,2	13/17

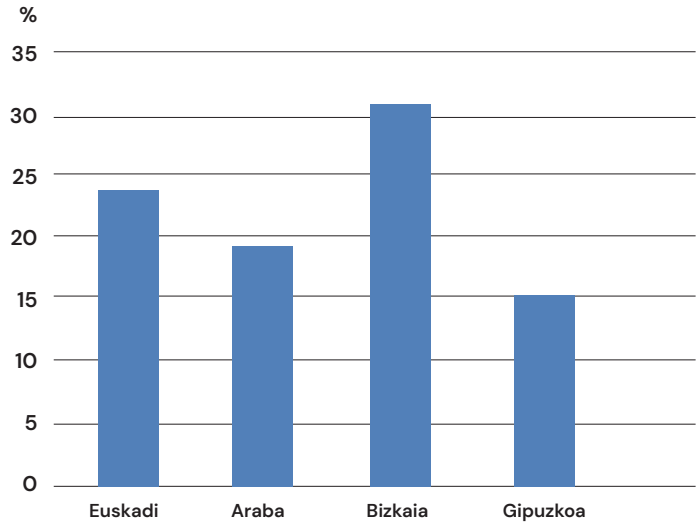
***Fuente**: Elaboración propia a partir de datos de Sistema de Información de Atención Especializada del Ministerio de Sanidad.*

**Una posición de 1/17 significaría que Euskadi es la CC.AA con mayor grado de privatización mientras que una posición de 17/17 sería que Euskadi de la CC.AA con menor grado de privatización.*

8 AUMENTO DE PERSONAS CON SEGURO PRIVADO DE SALUD EN EUSKADI: CASI UNA DE CADA CUATRO

En Euskadi, la proporción de personas con seguro sanitario privado fue del 23,9% en el año 2023, es decir, 525.435 personas. Este porcentaje varía sustancialmente entre territorios históricos. En Bizkaia, el 30,7% de la población tenía un seguro privado, mientras que en Gipuzkoa lo tenía el 15,0%. Araba se situó en una posición intermedia con un 19,4% (Gráfico 18).

Gráfico 18. ***Porcentaje de personas con seguro sanitario privado según territorio histórico. Euskadi, 2023.***

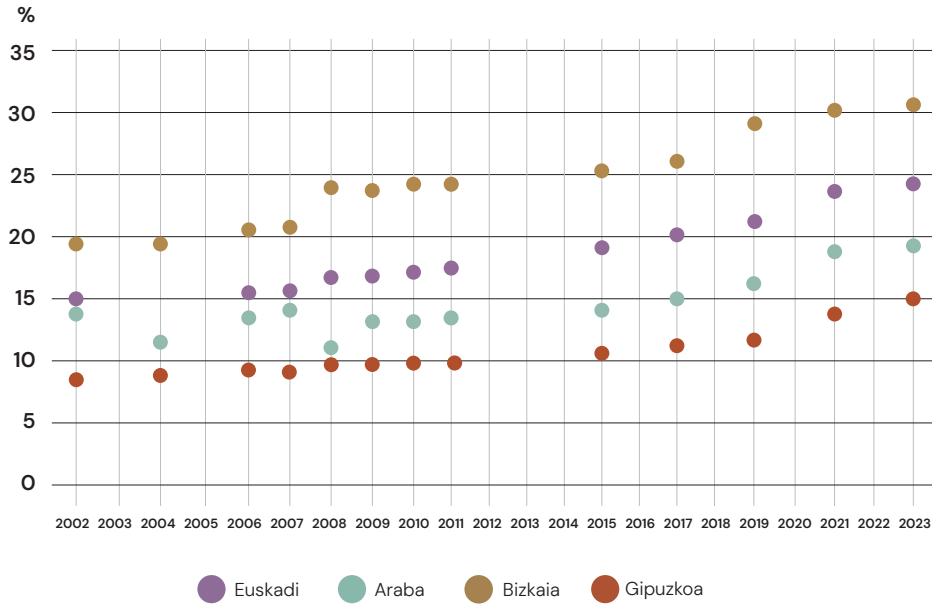


***Fuente**: Elaboración propia a partir de Eustat. Estadística de atención sanitaria privada.*

El porcentaje de personas con seguro sanitario privado ha crecido considerablemente durante los últimos años, tal y como se refleja en el gráfico 19. De esta forma, en 2023 esta cantidad fue 9,2 puntos porcentuales mayor que en 2002, lo que supuso un crecimiento del 62,4%. El aumento fue menor durante la primera parte del periodo, cuando el porcentaje se mantuvo constante, y fue a partir de 2006 cuando inició un crecimiento sostenido que se aceleró a partir de 2017. Durante estos últimos años (2017-2023), la proporción de personas aseguradas pasó del 20% al 23,9%, es decir, un aumento del 19,5%.

La evolución del aseguramiento mostró ligeras diferencias en cada territorio histórico entre 2002 y 2023: el crecimiento fue mayor en Gipuzkoa (95,3%) y menor en Araba (47,7%); en Bizkaia fue del 59,3% (Gráfico 19).

Gráfico 19. ***Evolución del porcentaje de personas con seguro sanitario según territorio histórico. Euskadi, 2002-2023.***

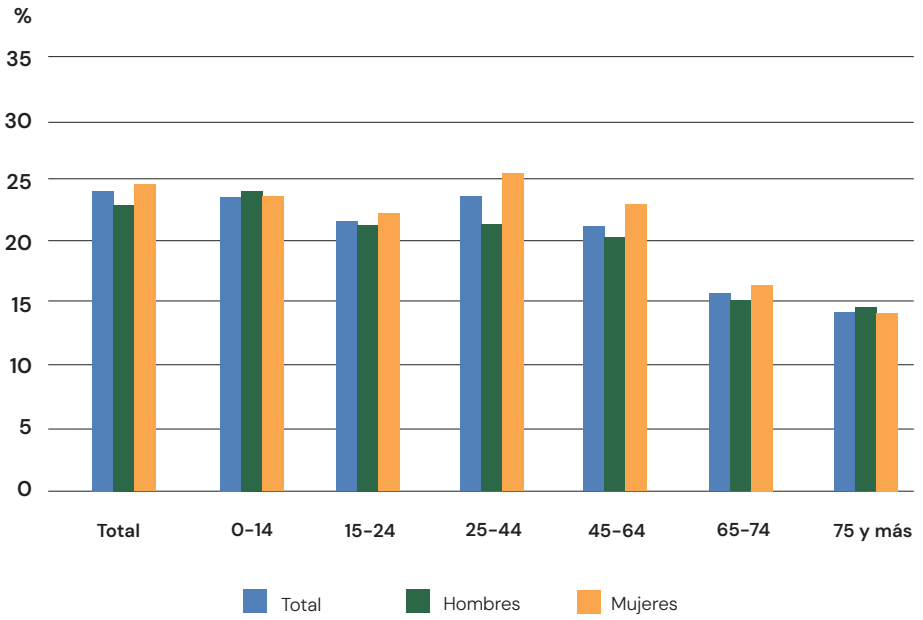


***Fuente**: Elaboración propia a partir de Eustat. Estadística de atención sanitaria privada.*

Nota: No hay datos disponibles para los años 2012-2014.

Si tenemos en cuenta la edad (Gráfico 20), el porcentaje de personas aseguradas es superior entre las personas adultas comprendidas entre los 25 y 64 años y menor entre las mayores de 65 años. El 28,4% de las personas de 25 a 44 años y el 26,5% de las de 45 a 64 años tenía seguro privado de salud, y solo el 13,9% de las de 75 y más años estaba asegurada. Las diferencias entre hombres y mujeres fueron poco relevantes, salvo en el grupo intermedio (25-44 años), con 4,4 puntos porcentuales de diferencia en favor de las mujeres (Gráfico 20).

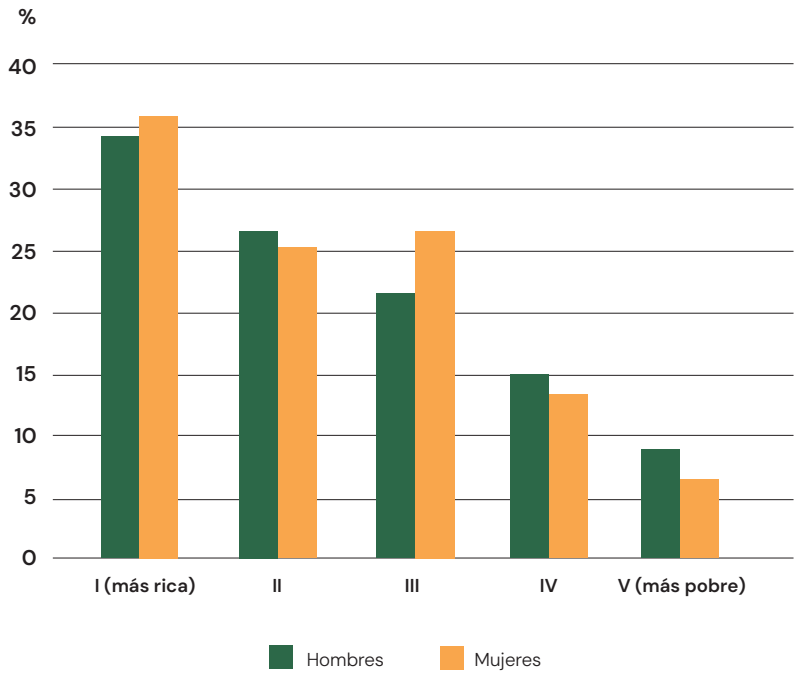
Gráfico 20. ***Porcentaje de personas con seguro sanitario privado según edad y sexo. Euskadi, 2023.***



***Fuente**: Elaboración propia a partir de Eustat. Estadísticas de atención sanitaria privada y de población.*

Como ya se ha apuntado, el porcentaje de personas aseguradas aumenta a medida que lo hace la clase social. En 2023, en la clase más aventajada este porcentaje se situó en torno al 35%, mientras que en la clase más baja descendió hasta el 9% y el 6% en hombres y mujeres, respectivamente (Gráfico 21).

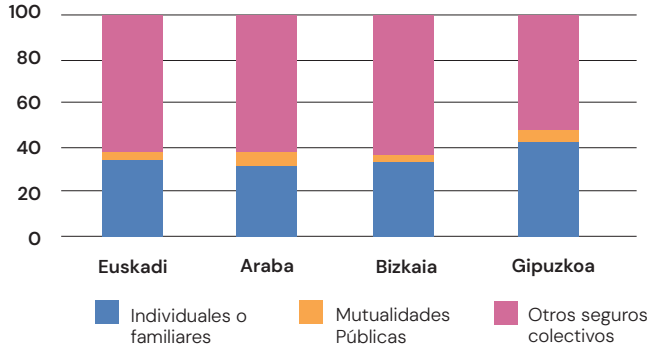
Gráfico 21. ***Porcentaje de personas con seguro sanitario privado según clase social y sexo. Euskadi, 2023.***



***Fuente**: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco.*

Del total de personas aseguradas en Euskadi en el año 2023, más de la mitad (61,3%) correspondía a seguros colectivos, es decir, contratados generalmente por empresas o asociaciones en beneficio de sus empleados/as. Los seguros suscritos por personas individuales o familias suponían el 33,9%, mientras que el 4,8% restante correspondía a mutualidades públicas de funcionariado. El porcentaje de cada modalidad difirió en cada territorio histórico. De esta forma, el peso de los seguros suscritos por empresas o asociaciones fue sustancialmente mayor en Bizkaia y Araba (64,1% y 61,1%, respectivamente) respecto a Gipuzkoa (52,3%), mientras que en este último territorio mostraron tener más peso los seguros suscritos individualmente o por familias (Gráfico 22).

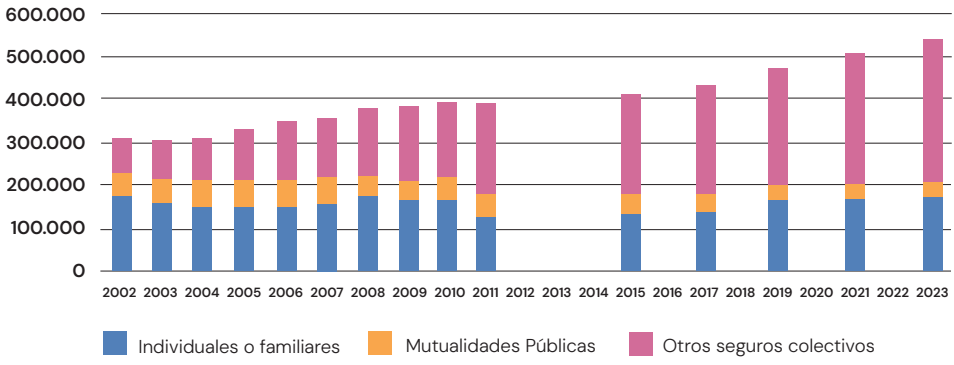
Gráfico 22. ***Distribución de las personas con seguro sanitario privado según modalidades de aseguramiento y territorio histórico. Euskadi, 2023.***



***Fuente**: Elaboración propia a partir de Eustat. Estadística de atención sanitaria privada.*

El aumento de contrataciones producido de 2002 hasta 2023 se debió sobre todo al incremento del aseguramiento colectivo. Así, este tipo de seguros aumentó un 300,1%, pasando de representar a 80.316 personas en 2002 a 321.975 personas en 2023. Respecto al resto descendieron las mutualidades del funcionariado en 34.606 personas (descenso del 57,8%), mientras que el número de personas aseguradas mediante contratos individuales aumentó en el periodo un 4,4% (Gráfico 23).

Gráfico 23. ***Evolución del número de personas con seguro sanitario privado según modalidad de aseguramiento. Euskadi, 2002-2023.***



***Fuente**: Elaboración propia a partir de Eustat. Estadística de atención sanitaria privada.*

***Nota:** No hay datos disponibles para los años 2012-2014.*

EL ACCESO A LA SALUD BUCODENTAL: CUANDO UNA COBERTURA PÚBLICA INSUFICIENTE DEJA LA SALUD EN MANOS DEL MERCADO

La atención a la salud bucodental constituye un ámbito especialmente relevante para analizar las consecuencias que puede tener una cobertura sanitaria pública insuficiente sobre el acceso a la atención y las desigualdades en salud.

En Euskadi, la cobertura pública de la salud bucodental es limitada, y se concentra fundamentalmente en la prevención y la atención de problemas agudos, como infecciones, traumatismos o extracciones. Aunque es verdad que en los últimos años se han ampliado las prestaciones dirigidas a ciertos colectivos más vulnerables, como las mujeres embarazadas o determinados pacientes oncológicos. Asimismo, la población infantil de entre 7 y 15 años recibe distintas prestaciones desde los primeros años de vida a través del Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI).

A pesar de estas ampliaciones, buena parte de la atención odontológica habitual continúa fuera de la cobertura pública. Tratamientos como las prótesis, los implantes o la ortodoncia no están cubiertos con carácter general, por lo que una parte importante de las necesidades de atención debe ser financiada directamente por los hogares. La atención bucodental constituye así una forma particular de privatización sanitaria.

A diferencia de otros ámbitos analizados en este informe, este tipo de privatización no se produce por la transferencia de servicios anteriormente prestados por el sistema público al sector privado, sino que conlleva la introducción de una lógica de mercado en el acceso de la atención sanitaria. En consecuencia, la accesibilidad de los servi-

cios bucodentales pasa a depender, en buena medida, de la capacidad de pago de las personas, generando desigualdades.

Los datos de la Cuenta de la Salud muestran con claridad la magnitud de esta privatización en el conjunto del Estado. En 2023, el gasto en asistencia odontológica ambulatoria en España ascendió a 9.453 millones de euros. De estos, únicamente 68 millones (0,7%) fueron de financiación pública, mientras que 9.385 millones (99,3%) tuvieron un origen privado. Además, prácticamente la totalidad de esta financiación privada correspondió al pago directo de los hogares, que aportaron 9.272 millones de euros, equivalentes al 98,1% de todo el gasto en atención odontológica ambulatoria (Tabla 3).

Tabla 3. ***Gasto sanitario en atención dental (asistencia odontológica ambulatoria) según origen tipo de financiación (pública/privada). Millones de euros. España, 2023.***

		Millones de euros	% sobre el total
Pública	**Total**	**68**	**0,7**
	Administraciones Seguridad Social	23	0,2
	Otras administraciones	45	0,5
Privada	**Total**	**9.385**	**99,3**
	Empresas seguros privadas	114	1,2
	Pago directo de los hogares	9.272	98,1
	Total	**9.453**	**100**

***Fuente**: Elaboración propia a partir de la Cuenta de Salud, Ministerio de Sanidad.*

En el caso de Euskadi, no contamos con los mismos datos, pero sí sobre la financiación de las consultas realizadas al dentista. Estos datos muestran un patrón similar a lo comentado para el gasto en España. Así, el 82,9% de las consultas odontológicas declaradas en Euskadi durante 2023 fueron financiadas de forma privada, frente al 15,6% financiadas de manera pública. Además, gran parte de esta financiación pública correspondía al PADI, siendo la financiación de Osakidetza de tan solo el 1,9% del total

de consultas. También en este caso el principal mecanismo de financiación privada fue el pago directo de los hogares: el 80,5% del total de consultas, frente al 2,4% que fue financiado mediante seguros médicos privados (Tabla 4).

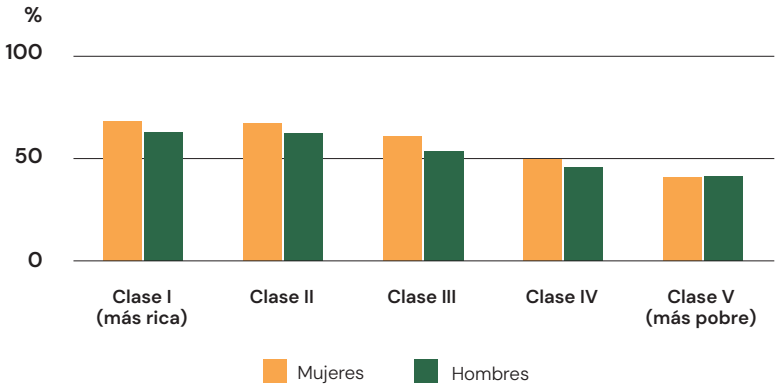
Tabla 4. ***Consultas al dentista durante el último año según financiador. Euskadi, 2023.***

Pública	**Total**	**15,6**
	Osakidetza	1,9
	PADI	13,7
Privada	**Total**	**82,9**
	Pago directo hogares	80,5
	Seguro médico	2,4
Otros		**1,5**
Total		**100**

***Fuente**: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Euskadi 2023.*

Tal y como ha sido mencionado, el alto grado de privatización de la atención dental tiene importantes implicaciones para la equidad en el acceso a este tipo de atención sanitaria provocando que la capacidad económica de las personas pueda convertirse en una barrera de acceso. En Euskadi, el gradiente social en el acceso a la atención bucodental es claro. Mientras que, entre las mujeres pertenecientes a la clase social más favorecida, el 68,8% había acudido al dentista durante el último año, entre la clase social más desfavorecida este porcentaje fue del 41,1%. Entre los hombres se observa el mismo patrón: el porcentaje disminuye del 63,2% en la clase I al 41,4% en la clase V (Gráfico 24).

Gráfico 24. ***Porcentaje de personas que ha visitado al dentista durante el último año en las diferentes clases sociales y sexos. Euskadi, 2023.***



Fuente*: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Euskadi 2023.*

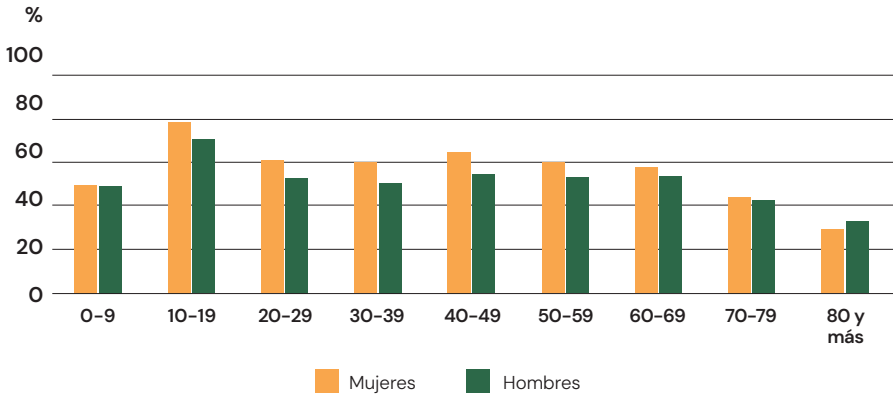
La utilización de los servicios odontológicos presenta también importantes desigualdades según la edad. En 2023, el 78,2% de las mujeres y el 70,2% de los hombres, entre 10 y 19 años, había acudido al dentista durante el último año. A partir de la edad adulta, la utilización disminuyó progresivamente, especialmente en las edades más avanzadas. Entre las personas de 70 a 79 años, el 43,9% de las mujeres y el 42,7% de los hombres, había acudido al dentista durante el último año. Y solo el 29,0% y el 32,8%, de las mujeres y hombres respectivamente, de más de 80 años lo había hecho (Gráfico 25).

Esta menor utilización en las edades más avanzadas resulta especialmente relevante, ya que no cabe asumir que responda a una menor necesidad de atención bucodental. Por el contrario, los problemas de salud oral se acumulan a lo largo de la vida y determinadas necesidades, como la pérdida de piezas dentales o la necesidad de prótesis, adquieren especial importancia en estas edades. Al mismo tiempo, se trata de tratamientos que quedan en buena medida fuera de la cobertura pública y que pueden suponer un importante desembolso económico para las personas.

El patrón por edad contrasta además con el observado durante la infancia y la adolescencia, precisamente las etapas de la vida en las que existe una mayor cobertura pública de la atención bucodental a través de programas como el PADI. Aunque estos

datos no permiten atribuir directamente las diferencias de utilización a esta mayor cobertura, sí que muestran un marcado contraste entre unas edades con una protección pública específica y las edades más avanzadas, en las que buena parte de las necesidades odontológicas debe afrontarse fuera del sistema público.

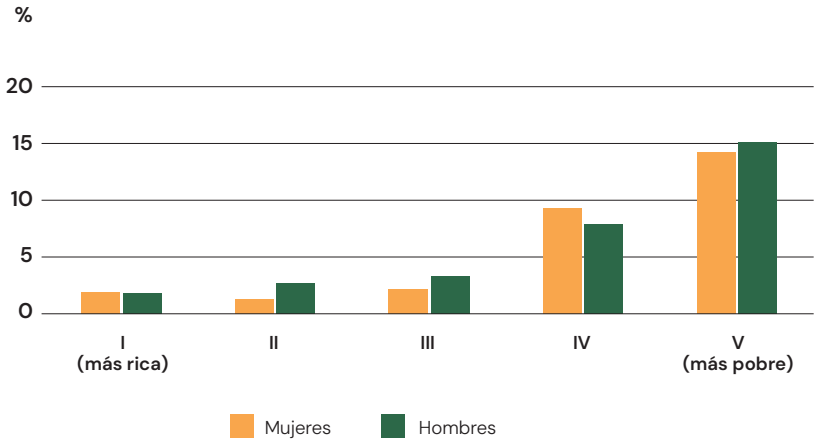
Gráfico 25. ***Porcentaje de personas que ha visitado al dentista durante el último año en las diferentes edades y sexos. Euskadi, 2023.***



Fuente*: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Euskadi 2023.*

Además de los datos de uso del dentista, las consecuencias de un modelo basado mayoritariamente en la financiación privada quedan patentes en el porcentaje de personas que manifiesta haber tenido una necesidad de atención dental pero que no la recibió por problemas económicos. Mientras que en la clase social más favorecida esta situación afecta al 1,8% de las mujeres y al 1,7% de los hombres, en la clase social más desfavorecida los porcentajes ascienden al 14,0% y 14,8% de mujeres y hombres, respectivamente. Es decir, la imposibilidad de atender una necesidad de salud bucodental por motivos económicos es aproximadamente ocho veces más frecuente entre las personas de la clase social más desfavorecida que entre las de la más favorecida. La atención bucodental constituye así uno de los ámbitos donde las barreras económicas de acceso a la atención sanitaria se manifiestan de forma especialmente clara, haciendo que la capacidad de pago de las personas condicione la posibilidad de atender una necesidad de salud (Gráfico 26).

Gráfico 26. ***Porcentaje de personas que habiendo tenido una necesidad de atención dental los últimos 12 meses no se la pudo permitir económicamente en las diferentes clases sociales y sexos. Euskadi, 2023.***



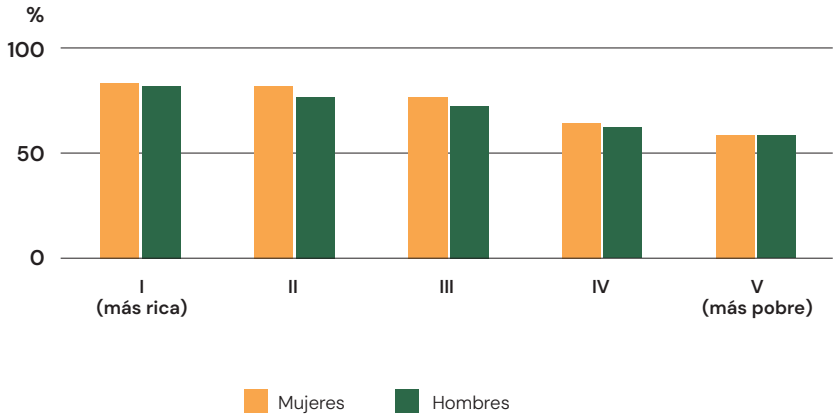
***Fuente**: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Euskadi 2023.*

Las desigualdades se producen no solo en el acceso, sino que son también claras en el estado de salud bucodental. En Euskadi durante 2023, el 83,3% de las mujeres de la clase social más favorecida declaraba tener una buena salud dental, porcentaje que disminuía progresivamente hasta el 58,8% entre las mujeres de la clase más desfavorecida. Entre los hombres se observa un patrón prácticamente idéntico: la buena salud dental pasa del 82,1% en la clase más rica al 58,5% en la clase más pobre. Las diferencias alcanzan, por tanto, alrededor de 24 puntos porcentuales entre los extremos de la escala social y muestran que las desigualdades observadas en la utilización y en las barreras económicas de acceso conviven también con importantes desigualdades en el estado de salud bucodental (Gráfico 27).

Las desigualdades en salud bucodental tienen múltiples causas y no pueden atribuirse exclusivamente a las dificultades de acceso a la atención. Sin embargo, un modelo en el que buena parte de las necesidades odontológicas quedan fuera de la cobertura pública y deben financiarse directamente por los hogares introduce una barrera económica que afecta de manera especialmente intensa a quienes disponen de menos recursos. Los datos muestran que estos grupos no solo acuden menos al

dentista, sino que con mucha mayor frecuencia dejan necesidades de atención sin cubrir por motivos económicos y presentan, al mismo tiempo, peores indicadores de salud bucodental.

Gráfico 27. ***Porcentaje de buena salud dental en las diferentes clases sociales y sexos. Euskadi, 2023.***



***Fuente**: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Euskadi 2023*

10

LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA: CUANDO LAS CONDICIONES DE LA COBERTURA PÚBLICA FAVORECEN LA PRIVATIZACIÓN

La reproducción asistida constituye un ejemplo distinto de privatización sanitaria. A diferencia de otras prestaciones escasamente cubiertas por el sistema público, en este caso existe cobertura pública, pero las condiciones en las que se produce el acceso pueden favorecer el desplazamiento de parte de la demanda hacia el sector privado, convirtiéndose en el principal proveedor de este tipo de asistencia sanitaria.

La reproducción asistida ha adquirido una importancia creciente durante las últimas décadas. En España, se estima que en 2023 uno de cada diez nacimientos se produjo mediante estas técnicas (DEF, 2023). Este crecimiento responde a diferentes factores, entre los que destacan el retraso de la maternidad, los cambios en los modelos familiares, la ampliación de las situaciones en las que se recurre a estas técnicas y los avances tecnológicos, que han aumentado las posibilidades de tratamiento.

A diferencia de lo que ocurre en otros países europeos, en España las técnicas de reproducción humana asistida forman parte de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, la existencia de cobertura pública contrasta con lo que ocurre en la práctica: la reproducción asistida constituye uno de los ámbitos de la atención sanitaria con mayor predominio de la provisión privada. En España, alrededor del 81% de los centros que realizan fecundación in vitro son privados y se estima que alrededor del 75% de los ciclos se realizan en este sector, que concentra además la mayor parte de los tratamientos de ovodonación y diagnóstico genético preimplantacional (Alon y Pinilla, 2021). Este predominio de la oferta privada también se observa

en Euskadi. Según el Registro Nacional de Centros y Servicios de Reproducción Humana Asistida, el 84% de los centros registrados para realizar inseminación artificial son privados, porcentaje que alcanza el 85,7% en la fecundación in vitro y en la recuperación de ovocitos (Tabla 5).

Tabla 5. ***Número de centros sanitarios que ofrecen servicios de reproducción asistida según titularidad en Euskadi, 2026.***

Técnica	Públicos	Privados	Total	% privados
Inseminación artificial	4	21	25	84,0
Fecundación in vitro (FIV)	2	12	14	85,7
Recuperación de ovocitos	2	12	14	85,7

***Fuente**: Elaboración propia a partir del Registro Nacional de Centros y Servicios de Reproducción Humana Asistida, Ministerio de Sanidad.*

***Nota**: el porcentaje de privatización hace referencia a la titularidad de los centros registrados para cada técnica y no al porcentaje de tratamientos o ciclos realizados en centros privados.*

Las razones que ayudan a entender por qué una prestación incluida en la cobertura sanitaria pública termina realizándose mayoritariamente en centros privados y mediante financiación privada tienen que ver, en buena medida, con las condiciones de acceso y provisión del sistema público, pero también con un marco regulatorio que ha favorecido el desarrollo de una amplia oferta privada de reproducción asistida. La Ley 14/2006 permite el acceso a estas técnicas a cualquier mujer mayor de edad con independencia de su estado civil y orientación sexual y mantiene el carácter anónimo de la donación de gametos. Este marco, relativamente amplio en las posibilidades de tratamiento, junto con otros factores como la disponibilidad de donantes ha contribuido al desarrollo de un importante mercado privado de reproducción asistida.

En 2025, los centros privados especializados en reproducción asistida facturaron 685

millones de euros en España, un 5,1% más que el año anterior. El sector presenta además una creciente concentración empresarial: en 2024 las cinco principales empresas concentraban el 56,4% del mercado y las diez primeras el 69,3% (DKB, 2026). Los procesos de compra y fusión y la entrada de fondos de inversión y grupos especializados han contribuido en los últimos años a aumentar esta concentración.

Sin embargo, más allá de la existencia de un marco regulatorio favorable al desarrollo del mercado reproductivo, uno de los principales factores que contribuyen al predominio de la provisión privada se encuentra en las propias condiciones en las que se presta la reproducción asistida en el sistema público. Aunque estas técnicas están incluidas en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, su acceso está condicionado por criterios de edad y clínicos, por un número limitado de intentos y por diferencias en la disponibilidad de determinadas técnicas. A estas limitaciones se añaden los tiempos de espera, especialmente relevantes en una prestación en la que la edad y el paso del tiempo pueden reducir las posibilidades de éxito del tratamiento. Estas condiciones hacen que una parte de las pacientes que no puede acceder a la prestación pública, que ha agotado las posibilidades que esta ofrece o que no quiere asumir sus tiempos de espera encuentre en el sector privado una vía alternativa.

De esta forma, el crecimiento del sector privado no se produce necesariamente mediante una retirada formal de la cobertura pública o una privatización explícita de la prestación. La reproducción asistida continúa formando parte de la cartera pública, pero algunas de las condiciones en las que se organiza su acceso contribuyen a desplazar la demanda hacia el mercado. Bosch y Pavone han denominado a este proceso "colaboración público-privada encubierta", señalando que las limitaciones temporales, tecnológicas y de acceso de la provisión pública contribuyen indirectamente a sostener el mercado privado de reproducción asistida.

Este proceso puede observarse también en Euskadi. Aunque Osakidetza ofrece públicamente técnicas de reproducción asistida, el acceso efectivo está condicionado por criterios clínicos y de edad, un número máximo de intentos y tiempos de espera. En el caso de la fecundación in vitro (FIV), la Unidad de Reproducción Humana del Hospital Universitario Cruces informa de una espera aproximada de nueve meses desde la inclusión en la lista de espera tras establecerse la indicación de FIV hasta la realización del tratamiento. Este periodo no incluye, por tanto, el tiempo previo necesario para acceder a la unidad, realizar el estudio de fertilidad y establecer la indicación del tratamiento. Además, si el ciclo no tiene éxito y está indicada su repetición, la paciente vuelve nuevamente a la lista de espera. Pese a la especial relevancia que

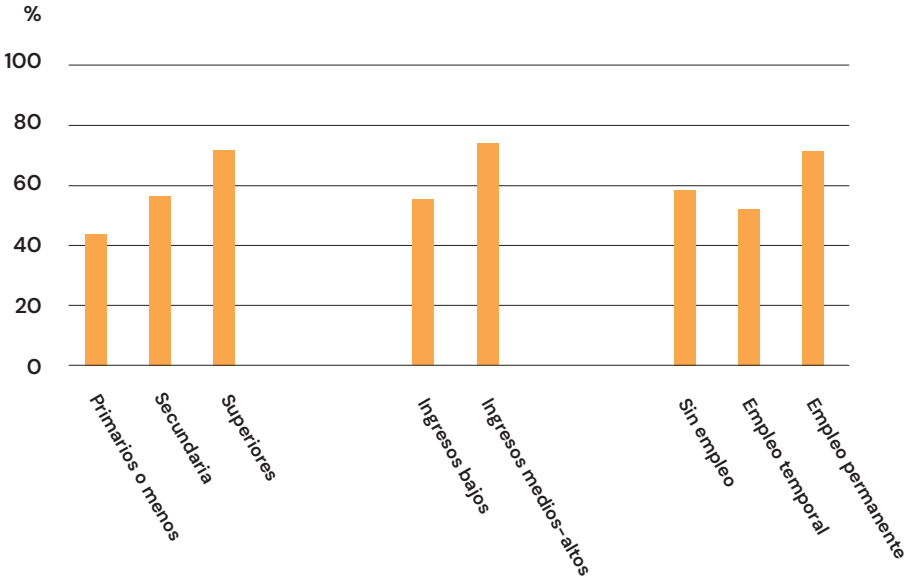
tiene el tiempo en este ámbito, Osakidetza no publica de forma periódica y desagregada los tiempos de espera específicos de reproducción asistida en su información general sobre listas de espera, lo que dificulta conocer la demora total desde la primera solicitud de atención hasta el inicio efectivo del tratamiento y comparar su evolución entre unidades.

Esta espera adquiere, tal y como se ha adelantado previamente, una especial relevancia en reproducción asistida porque, a diferencia de lo que ocurre con otras prestaciones sanitarias, el paso del tiempo puede modificar sustancialmente las probabilidades de éxito del propio tratamiento. La edad de la mujer constituye uno de los principales determinantes de los resultados reproductivos y la probabilidad de embarazo disminuye a medida que aumenta la edad al inicio del tratamiento. En este contexto, la existencia de tiempos de espera dilatados en el sistema público genera un incentivo especialmente importante para recurrir al sector privado. La atención privada no ofrece únicamente una vía alternativa de acceso al tratamiento, sino también la posibilidad de reducir la espera en una prestación en la que el tiempo puede condicionar sus resultados.

Sin embargo, la posibilidad de recurrir al sector privado no está igualmente disponible para toda la población. El coste de los tratamientos de reproducción asistida puede alcanzar varios miles de euros por ciclo y aumentar considerablemente cuando son necesarios varios intentos o técnicas como la ovodonación. De esta forma, la existencia de una amplia oferta privada proporciona una alternativa a las limitaciones y tiempos del sistema público, pero se trata de una alternativa cuyo acceso depende directamente de la capacidad económica.

Aunque no existen datos disponibles para Euskadi, las diferencias socioeconómicas en el acceso a la reproducción asistida han sido observadas empíricamente en España. Así, se ha mostrado que unos mayores ingresos y un mayor nivel educativo se asocian con una mayor utilización de tratamientos de reproducción asistida (Alon y Pinilla, 2021; Lozano et al., 2026). Concretamente, entre las mujeres con problemas de fertilidad, el 71,1% de las universitarias había recurrido a técnicas de reproducción asistida, frente al 43,5% de aquellas con estudios primarios o inferiores, una diferencia de casi 28 puntos porcentuales. Las desigualdades son también evidentes según el nivel de ingresos y la relación con la actividad laboral (Gráfico 28).

Gráfico 28. ***Mujeres de 18 a 55 años que manifiestan haber tenido problemas para quedarse embarazadas y han acudido a tratamientos de reproducción asistida, segun nivel de estudios, nivel de ingresos y situación laboral. España 2018.***



Fuente*: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Fecundidad, INE, 2018.*

Estas diferencias sugieren que la capacidad económica actúa como un importante mecanismo de desigualdad en el acceso. De hecho, entre las mujeres que habían experimentado problemas de fertilidad, pero no habían recurrido a técnicas de reproducción asistida, el 56% señaló motivos económicos como una de las razones para no hacerlo, constituyendo la principal barrera identificada. Las dificultades económicas pueden actuar también una vez iniciado el tratamiento: entre las mujeres que lo abandonaron sin haber conseguido un embarazo, un 15% señaló motivos económicos y otro 10% el fin de la financiación pública (Lozano et al., 2026). De esta forma, el elevado coste de la alternativa privada no solo condiciona la posibilidad de evitar las limitaciones de la provisión pública, sino que puede determinar el propio acceso y la continuidad de los tratamientos.

La reproducción asistida muestra así una forma de privatización diferente a la que se produce cuando una prestación queda directamente fuera de la cobertura pública. En este caso, la atención está incluida en el sistema público, pero las condiciones en las que se produce su acceso, como los criterios de inclusión, las limitaciones en el número de intentos o en determinadas técnicas y especialmente, los tiempos de espera, contribuyen a desplazar parte de la demanda hacia un sector privado. El problema desde el punto de vista de la equidad es todavía mayor en este tipo de técnicas con un elevado coste y que, por tanto, no están igualmente disponibles para toda la población.

Privatización de la estructura y los recursos del sistema sanitario

11

LA ESTRUCTURA Y LOS RECURSOS DEL SISTEMA SANITARIO MANTIENEN SU CARÁCTER MAYORITARIAMENTE PÚBLICO

La naturaleza y la titularidad pública o privada de la estructura y los recursos sanitarios constituyen un aspecto importante del sistema sanitario y de su grado de privatización. En Euskadi, el sistema sanitario es sobre todo de titularidad pública, aunque existe una presencia significativa del sector privado.

Los datos disponibles permiten analizar dos cuestiones en lo referente a esta temática y solo para el ámbito hospitalario. Por una parte, los recursos humanos y de infraestructura que permiten la atención sanitaria, y, por otra, la titularidad de la estructura medida a través de la propia actividad sanitaria.

Comenzando por los recursos humanos y de infraestructura, la mayor parte del personal sanitario hospitalario desarrolla su actividad en el ámbito público (84,9%), siendo entre el personal médico donde el porcentaje que desarrolla su actividad en la sanidad privada es más alto. Concretamente, el 28,6% frente al 15,1% del resto de categorías. Estos porcentajes se han mantenido constantes en la última década (Tabla 6).

Relacionado con esto, conviene señalar que los y las profesionales sanitarios pueden compatibilizar su actividad en el sistema público con el ejercicio en la sanidad privada. En algunas comunidades autónomas (Navarra, Extremadura y Asturias) existe un régimen de dedicación por el cual se establecen ciertas restricciones para que las personas profesionales sanitarias del sistema público puedan ejercer en la sanidad privada. Dicho sistema no existe en Euskadi (FADSP, 2025).

***Tabla 6.** Recursos humanos en hospitales públicos y privados de Euskadi, 2023.*

Recursos	Hospitales públicos	Hospitales privados	% público*
Total personal	36.755	6.529	84,9
Personal sanitario	27.084	5.141	84,0
Personal médico	5.225	2.093	71,4
Personal de enfermería	11.623	1.353	89,6
Otro personal sanitario	10.236	1.695	85,8
Personal no sanitario	9.671	1.388	87,5

***Fuente:** Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Hospitalaria del Departamento de Salud del Gobierno Vasco 2026.*

**Debido a la posibilidad de que un/a mismo/a profesional pueda desarrollar su actividad en el ámbito público y privado, se ha calculado sobre un total de profesionales que puede contener duplicidades. Sin embargo, se considera que este porcentaje, aunque sesgado, puede ser una buena aproximación.*

En relación a la infraestructura sanitaria, el Ministerio de Sanidad, a través del Sistema de Información de Atención Especializada, ofrece datos sobre la titularidad de los centros hospitalarios y la dotación de los mismos. En Euskadi existen un total de 36 centros hospitalarios, de los cuales el 52,8% son públicos. Respecto a la dotación de los hospitales, destaca que en torno al 73% de las camas y de los quirófanos se encuentran en hospitales públicos. Asimismo, el 87% de los puestos de hospitales de día están en un hospital de titularidad pública. Este porcentaje desciende en el caso de la dotación tecnológica, que en mayor parte está en hospitales públicos: 76% de los equipos de TAC y 62% de los mamógrafos; en el caso de los equipos PET y resonancia magnética, el balance entre el número disponible en hospitales públicos y privados es similar.

En el periodo de 2013 a 2023 el porcentaje de hospitales públicos ha aumentado por la reducción del número de hospitales privados debido a su concentración, así como por el aumento de un hospital público. Respecto a la dotación, en todos los casos el porcentaje aumentó ligeramente en hospitales públicos (Tabla 7).

Tabla 7. ***Recursos en hospitales públicos y privados de Euskadi, 2013-2023.***

	2013			2023		
	Públicos	Privados	% Públicos	Públicos	Privados	% Públicos
Nº de Hospitales	18	23	43,9	19	17	52,8
Camas instaladas	5.750	2.270	71,7	5.820	2.140	73,1
Camas en funcionamiento	5.266	2.115	71,3	5.328	1.918	73,5
Quirófanos (total)	158	75	67,8	173	64	73,0
Total Puestos Hospital de Día	1.084	199	84,5	1.358	195	87,4
Mamógrafos	16	15	51,6	21	13	61,8
Equipos de PET/PET-TC	2	3	40,0	3	33	50,0
Equipos de Resonancia Nuclear Magnética	12	15	44,4	15	14	51,7
Equipos TAC	26	13	66,7	35	11	76,1

***Fuente**: Elaboración propia a partir de datos de Sistema de Información de Atención Especializada del Ministerio de Sanidad.*

Respecto a la actividad sanitaria, el mayor grado de privatización se produjo en las intervenciones quirúrgicas y estancias hospitalarias. El 73,6% de las intervenciones quirúrgicas y el 73,5% de las estancias se realizaron en un centro público, frente al resto de las actividades asistenciales, en cuyo caso el 80-90% se produjeron en centros públicos. Destaca el caso de los partos, los cuales sucedieron mayoritariamente en centros públicos (92,5%) (Tabla 8). Estas cifras hablan de la capacidad asistencial de los centros públicos, pero también de la confianza que depositan las familias en el ámbito público, ya que el parto suele constituir un acto de la población sana cuya decisión cuenta con un mayor grado de planificación. De hecho, en la última década, el número de partos atendidos en el sistema público respecto a los partos totales ha crecido ligeramente.

*Tabla 8. **Actividad asistencial y funcionamiento de hospitales públicos y privados de Euskadi, 2023.***

	Hospitales públicos	Hospitales privados	% público
Ingresos	268.500	59.429	81,9
Estancias	1.425.099	512.867	73,5
Altas	268.500	59.536	81,9
Consultas externas	5.116.793	731.705	87,5
Urgencias	1.038.870	297.299	77,7
Intervenciones quirúrgicas	206.477	74.231	73,6
Partos	12.397	998	92,5

***Fuente**: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Hospitalaria del Departamento de Salud del Gobierno vasco 2026.*



Privatización de la provisión sanitaria de financiación pública: millones de euros de dinero público a empresas y entidades privadas

12

EL SISTEMA COMPLEJO Y POCO CONTROLABLE DEL DEPARTAMENTO DE SALUD QUE DESTINA AL MENOS EL 7% DEL PRESUPUESTO A ENTIDADES PRIVADAS

(MÁS DE 300 MILLONES DE EUROS AL AÑO)

La asistencia sanitaria en Euskadi es competencia del Gobierno Vasco y se gestiona a través de su Departamento de Salud. Este organismo tiene la responsabilidad de garantizar el acceso a la atención sanitaria a toda la población con derecho a ella, en el marco del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, con la Ley 15/1997, se abrió la vía para que parte de la atención sanitaria financiada con dinero público pudiera ser contratada a empresas o entidades privadas. Así pues, el Departamento de Salud de Euskadi actúa como ente financiador de la sanidad pública y, aunque la mayor parte de sus contratos de asistencia son con su proveedor público —Servicio Vasco de Salud-Osakidetza—, también firma acuerdos con proveedores privados, lo que se conoce como «concierto sanitario».

No obstante, este no es el único mecanismo de privatización. Al prestar asistencia sanitaria, el Servicio Vasco de Salud-Osakidetza puede utilizar sus propios medios o bien los de empresas privadas para servicios no sanitarios, como limpieza, cocina, etc., es decir, puede «externalizar servicios» con empresas o entidades privadas.

Pero el cuidado de la salud va más allá de la asistencia sanitaria, dado que el Depar-

tamento de Salud debe llevar a cabo otras funciones esenciales: la vigilancia, prevención y promoción de la salud, la investigación y la planificación sanitaria, entre otras. También existen labores asistenciales específicas, como el tratamiento, seguimiento o prevención de adicciones, que se gestionan al margen del concierto sanitario. Una parte de estos servicios y funciones se desarrolla con medios propios y públicos, pero otra se contrata a empresas o entidades privadas mediante contratos y licitaciones, o a través de subvenciones.

En resumen, se ha creado un complejo sistema por el cual el Departamento de Salud transfiere una parte importante de su responsabilidad de provisión de asistencia sanitaria a empresas o entidades privadas. Un sistema poco transparente, bastante inaccesible y, por tanto, muy difícil de controlar por la ciudadanía o entidades externas.

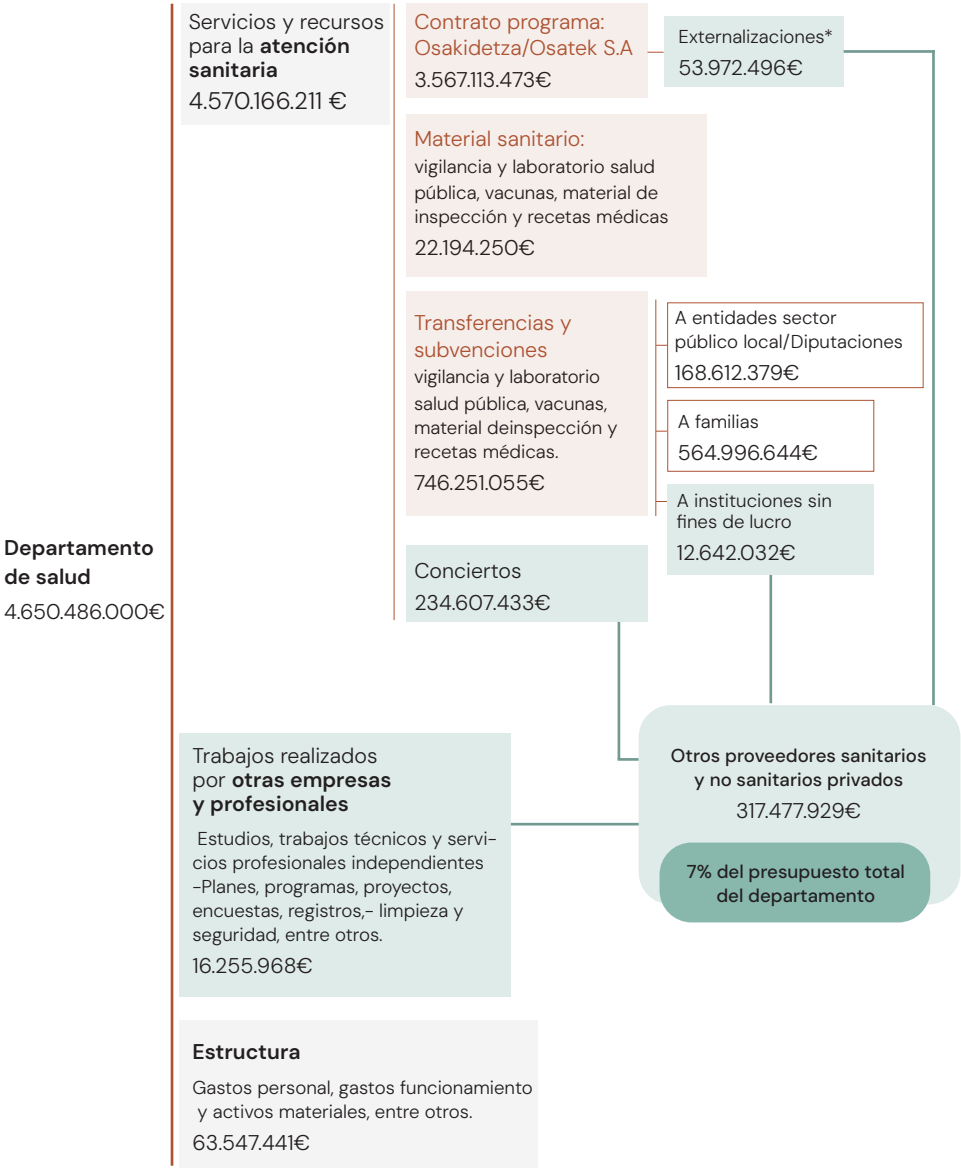
Esta publicación ha exigido un complejo esfuerzo de recolección y consulta de datos. Sin embargo, la escasez de información accesible solo ha permitido un acercamiento a la realidad, con cifras aproximadas. Por ello, los resultados deben interpretarse con cautela. En cualquier caso, se ha optado por ofrecer datos conservadores que en algunos apartados están, sin duda, infraestimando cifras.

Se ha calculado que, durante 2023, el Departamento de Salud destinó 317.477.929 € a empresas o entidades privadas, lo que representa un 7% de su presupuesto total. La distribución del gasto fue la siguiente:

- Concierto de servicios sanitarios: es la partida más importante y supuso 234.607.433 € (un 5,04% del presupuesto total del Departamento de Salud).
- Externalizaciones por parte del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza (servicios no sanitarios): obtener esta cifra es muy complejo debido a la dificultad de acceso a la información y a la controversia sobre qué servicios son «necesariamente» externalizables. Se estiman las externalizaciones en 53.972.496 €, incluyendo solo servicios no sanitarios esenciales, recurrentes y de gran relevancia (restauración hospitalaria, limpieza, custodia de documentación, higienización de instalaciones y gestión de residuos).
- Contrataciones directas del Departamento de Salud para la realización de diferentes tipos de trabajos: 16.255.968 €.
- Subvenciones a entidades sin ánimo de lucro: 12.642.032 €.

La Figura 1 muestra de manera gráfica estos flujos de contratación y distribución del presupuesto del Departamento de Salud en el año 2023.

Figura 1. ***Flujos de dinero de los presupuestos del Departamento de Salud. Gobierno vasco, 2023***



Fuente*: Elaboración propia a partir de los datos del Departamento de Salud y datos de Gardena.*

13

LA PRIVATIZACIÓN ESTRUCTURAL DE LA PROVISIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA DE FINANCIACIÓN PÚBLICA EN EUSKADI

La privatización de la provisión sanitaria en Euskadi no ha experimentado cambios sustantivos en las últimas décadas y se ha consolidado como un mecanismo estructural y recurrente de organización del sistema sanitario, más allá de lo que cabría esperar de un uso complementario o subsidiario de proveedores privados. Si bien la normativa sanitaria contempla la posibilidad de concertar asistencia con entidades privadas cuando los medios propios resultan insuficientes o por razones de complementariedad, la persistencia en el tiempo, el volumen sostenido de estos conciertos y su carácter estructural dentro del sistema sanitario sugieren que no se trata de una respuesta coyuntural a necesidades puntuales, sino de una forma estable de provisión sanitaria.

Esta forma de privatización estructural tiene además un efecto menos visible pero especialmente relevante: obstaculiza el desarrollo y la autosuficiencia del propio sistema sanitario público. La externalización recurrente de determinados servicios o prestaciones no solo responde a una capacidad pública insuficiente en un momento dado, sino que condiciona de manera estructural las decisiones de inversión, planificación y desarrollo del sistema, dificultando la consolidación de capacidades propias en algunos ámbitos asistenciales y en determinados territorios. Cuando la provisión privada se convierte en una solución estable, el sistema público pierde incentivos —y en ocasiones margen operativo— para desarrollar recursos propios, formar profesionales, ampliar infraestructuras o reorganizar la atención de forma autónoma.

Este proceso tiende a generar un círculo vicioso: la falta de desarrollo de capacidad pública se utiliza para justificar la concertación; la concertación recurrente frena a su vez la inversión y el desarrollo del sistema público; y esta ausencia de capacidad propia se presenta posteriormente como un hecho técnico o natural que refuerza la necesidad de seguir recurriendo a proveedores privados. De este modo, la falta de autosuficiencia del sistema público no es tanto una causa previa que justifique la concertación, sino en buena medida una consecuencia de su uso continuado, generando una dependencia estructural del sector privado que limita la capacidad del sistema sanitario para responder de forma equitativa, planificada y sostenible a las necesidades de salud de la población, y que contribuye incluso a consolidar desigualdades territoriales y funcionales dentro del propio sistema.

Para analizar la evolución de la privatización de la provisión sanitaria de financiación pública nos centraremos en la principal fuente de gasto: la concertación de asistencia sanitaria con proveedores privados por parte del Departamento de Salud. En la última década, el volumen de este gasto se ha mantenido relativamente constante, puesto que, si bien en términos absolutos aumentó de forma moderada entre 2013 y 2023, su peso en el porcentaje del gasto total del Departamento de Salud descendió ligeramente, debido al aumento del gasto total en salud.

Entre los servicios concertados que están establecidos desde hace años y que ya forman parte de la estructura del sistema sanitario público vasco se incluyen:

- Asistencia directa: conciertos ambulatorios, hospitalarios y con centros de salud mental.
- Servicios de apoyo: transporte sanitario.
- Convenios específicos: centros sociosanitarios y acuerdos con diputaciones forales.
- Otros gastos: compra de prótesis y reintegro de gastos a familias.

Aunque el gasto concertado se utiliza como referencia para estimar la privatización, algunas partidas podrían excluirse ya que no entrarían dentro de lo que se entiende por privatización: la compra de prótesis, los reintegros de gastos y los convenios sociosanitarios con las diputaciones forales.

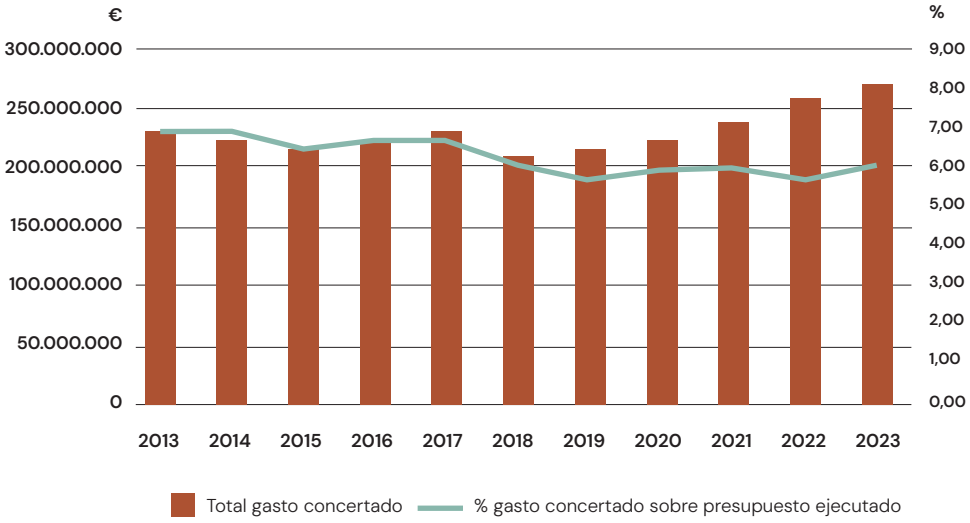
Descontando estas partidas, la evolución del gasto (Gráfico 29) presenta las siguientes características:

- Periodo inicial (2013-2016): el gasto se mantuvo constante.
- Reducción (2017-2019): el gasto en concertación se redujo significativamente

tanto en volumen total como en porcentaje respecto al gasto público en salud, pasando de un 5,79% a un 4,63%.

- Crecimiento constante (a partir de 2019): el gasto total concertado creció de manera constante en cifras absolutas. Sin embargo, su peso porcentual en el total del gasto público en salud se mantuvo estable porque este último también aumentó, compensando el incremento en el gasto destinado a conciertos.

***Gráfico 29.** Evolución del gasto derivado a conciertos sanitarios con proveedores distintos a Servicio Vasco de Salud-Osakidetza por parte del Departamento de Salud (excepto gasto en prótesis, reintegro de gastos y convenio con diputaciones). Total y % sobre el total ejecutado del Departamento de Salud, 2013-2023.*

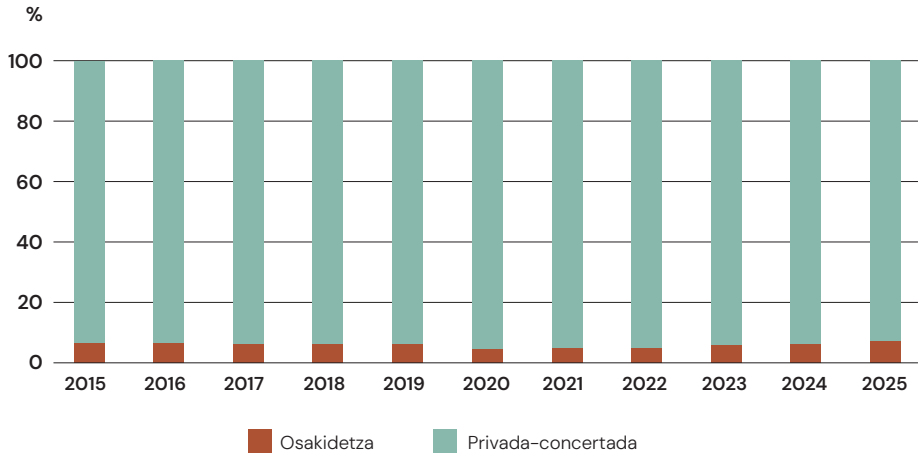


***Fuente:** Elaboración propia a partir de datos de Gardena.*

Las concertaciones rara vez operan como mecanismos temporales o transitorios; por el contrario, tienden a consolidarse como elementos estructurales que no permiten el desarrollo del sistema sanitario público. Un ejemplo de estos servicios es el Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI), que lleva en marcha desde los años noventa, es de financiación pública y provisión mixta (pública/concertada) y provee atención dental a toda la población vasca de entre 7 y 15 años. Cuenta con una cobertura más o menos estable del 66% y, a pesar de su potencialidad para mejorar la salud bucodental de la población infantil, no se ha incorporado a la red pública. El presupuesto anual destinado a este programa supera los 5 millones de euros desde 2016, consolidando un servicio clave en la esfera privada y limitando el desarrollo de una provisión pública propia y estable.

El gráfico 30 muestra la evolución del porcentaje de población atendida por el programa PADI según la red asistencial (privada-concertada o pública). En 2025, de cada 100 niños y niñas de 7 a 15 años participantes en el programa, 93 fueron atendidos en una consulta privada y 7 en Osakidetza. A lo largo de los años este porcentaje de privatización se ha mantenido constante y el porcentaje de personas usuarias atendidas por proveedores públicos no ha crecido.

Gráfico 30. ***Evolución del porcentaje de población total atendida en el servicio PADI, según el tipo de red asistencial. 2015-2025.***



Fuente: *Elaboración propia a partir del Informe anual PADI-2015-2025.*

Otro ejemplo de dinámica de privatización estructural es la asistencia hospitalaria en Gipuzkoa, donde el concierto con centros privados se mantiene constante a lo largo de todo el periodo analizado. Un caso paradigmático es el de la Clínica Asunción, que proporciona cobertura hospitalaria a toda la comarca de Tolosaldea. Además, otras fundaciones y empresas privadas mantienen en este territorio contratos recurrentes por un valor superior a los 10 millones de euros anuales para la prestación de atención hospitalaria.

En conjunto, la persistencia de estos mecanismos de concertación muestra que la privatización de la provisión sanitaria en Euskadi no opera como una solución excepcional o transitoria, sino como un rasgo estructural del modelo asistencial, con efectos acumulativos que condicionan el desarrollo, la autosuficiencia y la capacidad futura del sistema sanitario público.

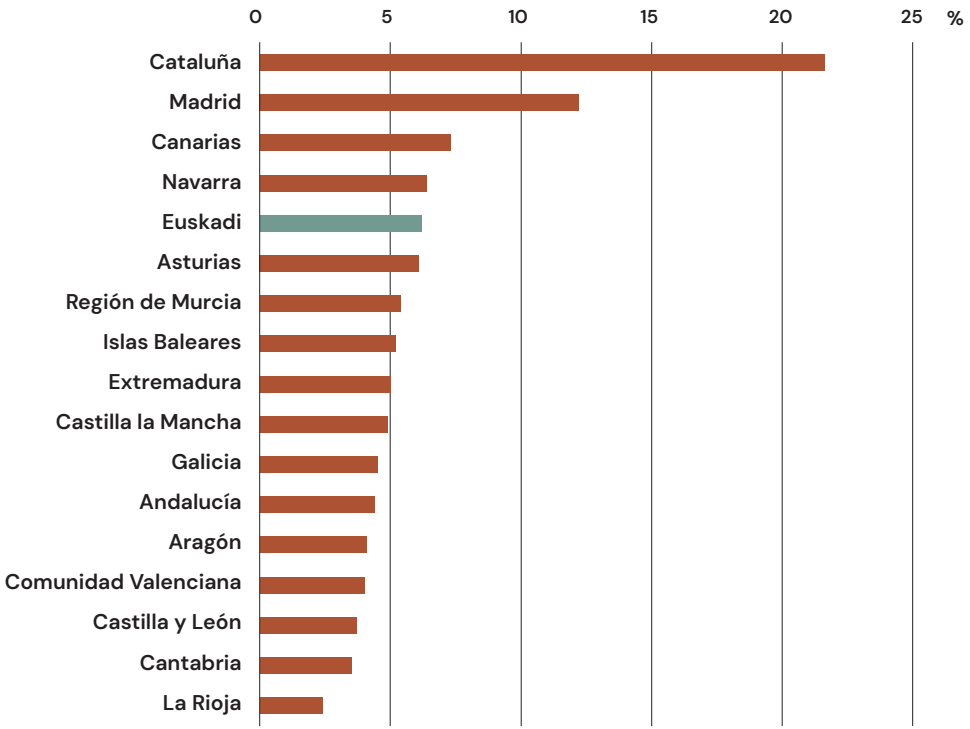
14

EUSKADI SE SITÚA ENTRE LAS REGIONES DEL ESTADO DE MAYOR PRIVATIZACIÓN DE LA PROVISIÓN SANITARIA, DESTACANDO EL CASO DE GIPUZKOA

Euskadi presenta una tasa de privatización de la provisión sanitaria de financiación pública bastante alta (6,2%) en el contexto del Estado, solo superada por 4 de las 17 comunidades autónomas (Gráfico 31). Aunque se sitúa muy por debajo de las regiones con las tasas más altas de privatización —Catalunya: 21,6% (3,5 veces mayor que Euskadi) y Madrid: 12,2% (2 veces mayor)—, presenta un porcentaje de privatización mayor que 11 de las 17 comunidades autónomas y duplica los niveles de las comunidades con menor privatización —La Rioja: 2,4% y Cantabria: 3,5%—.

Dentro de Euskadi, la privatización de la provisión sanitaria mostró importantes diferencias. Así, mientras que Gipuzkoa registró la tasa más alta, con un 9,4% de su presupuesto destinado a entidades privadas, en Bizkaia y Araba los porcentajes fueron significativamente menores, del 4,4% y 3,3%, respectivamente.

***Gráfico 31.** Porcentaje de gasto público en salud de administración autonómica que se dedica a conciertos con entidades o empresas privadas según comunidad autónoma. Estado español, 2024.*

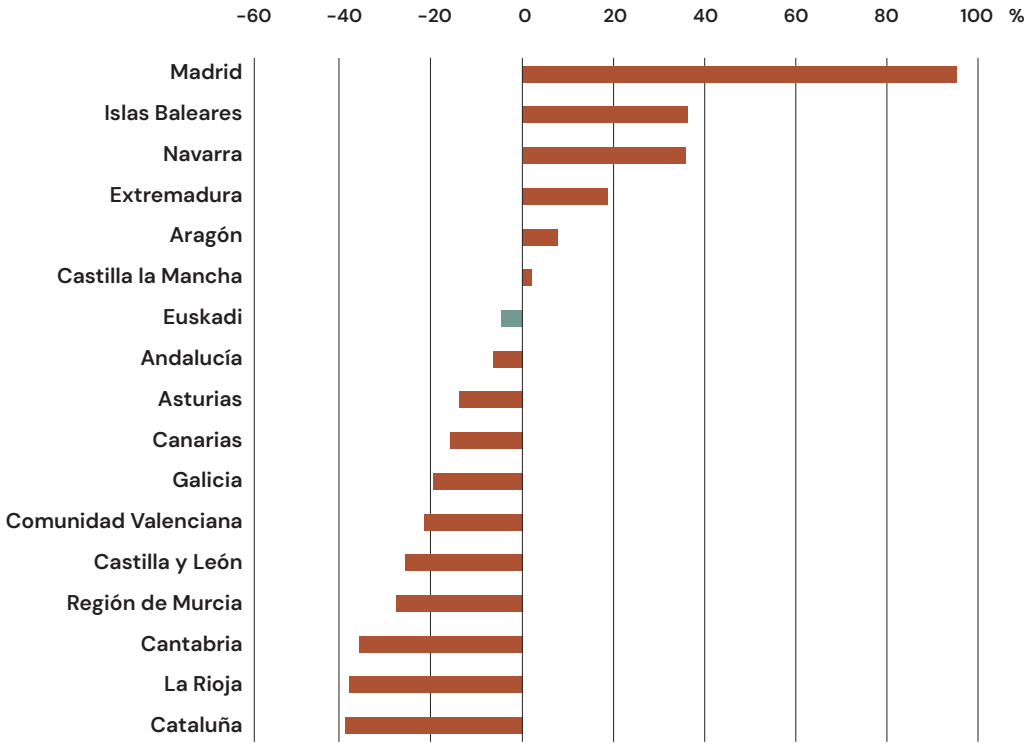


***Fuente:** Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad.*

***Nota**: el dato para Euskadi ha sido obtenido de una fuente diferente respecto a los capítulos anteriores con el fin de compararlo con el resto de comunidades autónomas. Ello hace que el nivel de concertación ofrecido para Euskadi no coincida exactamente con el dato de los capítulos anteriores.*

Atendiendo al proceso de privatización de la provisión sanitaria en el periodo 2014-2024, en Euskadi, esta se redujo ligeramente, mostrando una evolución más favorable que 6 de las 17 comunidades autónomas, donde la privatización aumentó. Ahora bien, 10 comunidades autónomas redujeron en mayor medida que Euskadi su privatización sanitaria en este periodo (Gráfico 32).

***Gráfico 32.** Porcentaje de reducción o aumento del porcentaje del gasto público en salud de administración autonómica que se dedica a conciertos con entidades o empresas privadas por comunidad autónoma. Estado español, 2014-2024.*



***Fuente**: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad.*

15

EL TRANSPORTE SANITARIO Y LOS CONCIERTOS HOSPITALARIOS SUPONEN MÁS DE LA MITAD DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO DESTINADO A EMPRESAS PRIVADAS

El gasto sanitario público destinado a proveedores privados se concentra en pocos servicios y en un número limitado de empresas. En 2023 el gasto en conciertos sanitarios (incluido convenios socio sanitarios) ascendió a 267.382.531 €. La transferencia más importante es la de transporte sanitario, con 79.829.871 € en 2023, lo que representa el 29,9% del gasto total concertado (Tabla 9). El peso de este gasto ha experimentado además un notable incremento desde 2013, cuando suponía el 20,8% del total (48 millones de euros).

Tabla 9. ***Conciertos sanitarios con proveedores distintos a Servicio Vasco de Salud-Osakidetza del Departamento de Salud según tipo de servicio. Euros totales y porcentaje respecto al total. Euskadi, 2023.***

	Euros totales	% respecto al total
Conciertos ambulatorios	40.358.511	15,09
Conciertos sanitarios (hospitales agudos, de media y larga estancia)	73.208.317	27,38
Salud mental	33.719.058	12,61
Transporte sanitario	79.829.871	29,86
Reintegro de gastos	3.386.754	1,27
Convenios sociosanitarios (con diputaciones)	32.269.650	12,07
Otros convenios sociosanitarios	4.610.370	1,72
Total	267.382.531	100

Fuente: *Elaboración propia a partir de datos de Gardena.*

La segunda partida más importante corresponde a los conciertos hospitalarios, es decir, a gastos de atención y estancias en hospitales agudos, de media y larga estancia. Esta partida supuso la transferencia de 73.208.317 € en 2023, es decir, un 27,4% del total concertado. El volumen de este gasto disminuyó en el periodo analizado: de 87 millones en 2013 a 73 millones en 2023. Este gasto se concentró en unos pocos centros privados. En 2023, más de la mitad fue a parar a dos entidades privadas: la Clínica Asunción y la Fundación Matia, entidad privada sin ánimo de lucro. La Policlínica Gipuzkoa también es uno de los proveedores privados que regularmente presta servicios hospitalarios (Tabla 10). Por provincias, Gipuzkoa es la que presentó un mayor nivel de privatización.

Tabla 10. Centros hospitalarios no públicos concertados por el Departamento de Salud. Euros y porcentaje sobre el total concertado. Euskadi, 2023.

Centros hospitalarios no públicos	Total Euskadi	% respecto al total
CS M.ª Asunción	26.160.230	35,7
Matia Fundazioa	15.579.103	21,3
Policlínica Gipuzkoa	13.992.984	19,1
San Juan de Dios	9.311.720	12,7
Cruz Roja	7.404.988	10,1
Quirón Vitoria	374.648	0,5
Otros	384.644	0,6
Total	**73.208.317**	**100,0**

Fuente: *Elaboración propia a partir de datos de Gardena.*

En el caso de la actividad asistencial hospitalaria contamos con datos no solo del dinero empleado en conciertos, sino también del porcentaje de las actividades hospitalarias realizadas en el marco del sistema sanitario público pero concertadas en un hospital de titularidad privada. Destacan las estancias hospitalarias, en las que el porcentaje concertado en hospitales privados alcanza el 12%, así como las altas (5%). En el resto de actividades asistenciales, el porcentaje de actividades realizadas mediante concierto con un hospital privado fue menor del 5%. Hay que tener en cuenta que estos conciertos solo recogen los realizados con los hospitales privados considerados del Sistema Nacional de Salud (ver nota tabla 11) y no incluyen, por tanto, la actividad realizada en el marco de conciertos puntuales con hospitales privados sin vinculación con el Sistema Nacional de Salud.

Tabla 11. Porcentaje de actividades asistenciales hospitalarias realizadas en el sistema público de salud concertadas con un hospital de titularidad privada. Euskadi 2023.*

Tipo de actividad	%
Altas	5,4
Estancias	12,2
Cirugía mayor ambulatoria	4,0
Consultas	3,0
Sesiones de hopitalización de día	1,7
Urgencias	1,5

**Nota: solo se incluyen los hospitales considerados del Sistema Nacional de Salud, es decir, hospitales públicos y hospitales privados con más del 80% de la financiación o de la actividad vinculada al Sistema Nacional de Salud.*

Fuente: *Elaboración propia a partir de datos de Sistema de Información de Atención Especializada del Ministerio de Sanidad.*

El gasto ambulatorio concertado con empresas privadas también supuso una partida importante, pues alcanzó los 40.358.511 € en 2023, es decir, el 15,1% del total del gasto concertado. El mayor volumen y porcentaje total del gasto se produjo en terapias respiratorias, oxigenoterapia y hemodiálisis, con más de la mitad del gasto destinado a estas partidas. Se incluyen también servicios de rehabilitación o la urgencia domiciliaria (5.168.883 €) y el programa PADI (5.630.831€), así como pruebas diagnósticas, como tomografía axial computarizada (TAC), resonancias y otras (Tabla 12).

Tabla 12. Conciertos sanitarios ambulatorios con proveedores privados por parte del Departamento de Salud. Euros totales y porcentaje respecto al total de gasto ambulatorio. Euskadi, 2023.

Partidas conciertos ambulatorios	Euros totales	%
TAC	1.351.548	3,3
Resonancias magnéticas	2.518.266	6,2
Rehabilitación ambulatoria	1.538.413	3,8
Terapias respiratorias	14.453.892	35,8
Hemodiálisis	9.014.552	22,3
Pruebas diagnósticas	444.789	1,1
Urgencia domiciliaria	5.168.883	12,8
PADI	5.630.831	14,0
Otros	237.336	0,6
Total	**40.358.511**	**100**

Fuente: *Elaboración propia a partir de datos de Gardena.*

Los 14 millones de euros destinados a terapias respiratorias se concentran en dos grandes grupos desde hace años: Grupo Gasmedi y Linde Médica —esta última es una multinacional que engloba a más de 600 empresas en 100 países—. En el caso de la urgencia domiciliaria, se pagaron al grupo empresarial español Air Liquide (Care4Chronics) importes cercanos a 4 millones de euros anuales entre 2017 y 2023, superando incluso los 5 millones en 2023. Los TAC se conciertan desde 2011 con el grupo empresarial privado Scanner Vizcaya y una UTE. Las tomografías por emisión de positrones (PET) se externalizan desde 2009 a Radiología Clínica Bizkaia, perteneciente al grupo Scanner Vizcaya, hasta que en 2019 parte de estos servicios se empezaron a concertar con el grupo Quirón.

El gasto concertado en atención a la salud mental es también estructural y se repite año tras año. En 2023 ascendió a 33.719.058 € y se destinó en un 97% a cuatro entidades: Aita Menni, que recibió 13.773.060 €, los Hospitales de San Juan de Dios en Arrasate (9.891.229 €) y en Donostia (5.470.498 €), y el Sanatorio de Usurbil (3.592.526 €). El resto fue para entidades del tercer sector o asociaciones (Tabla 13). Nuevamente, Gipuzkoa fue el territorio histórico cuya privatización fue mayor.

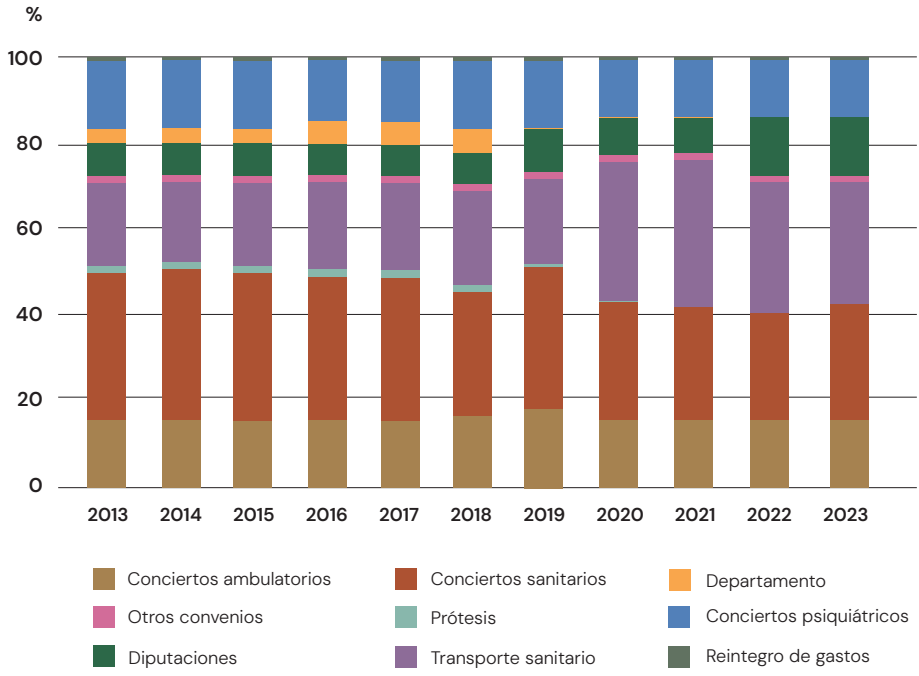
Tabla 13. ***Centros y entidades de salud mental no públicos concertados por el Departamento de Salud. Euros y porcentaje sobre el total concertado. Euskadi, 2023.***

Centros de salud mental no públicos	Total Euskadi	% respecto al total
Aita Menni	13.773.060	40,8
Hospital San Juan de Dios Arrasate	9.891.229	29,3
Hospital San Juan de Dios Donostia	5.470.498	16,3
Sanatorio Usurbil	3.592.526	10,7
Otros	991.745	2,9
Total	**33.719.058**	**100**

Fuente: *Elaboración propia a partir de datos de Gardena.*

En el Gráfico 33 se muestra la evolución del peso del gasto en concertación total de los distintos tipos de asistencia en el periodo 2013-2023.

Gráfico 33. ***Evolución de los conciertos sanitarios por tipo de asistencia. Euskadi, 2013-2023.***



Fuente: *Elaboración propia a partir de datos de Gardena.*

Lo descrito hasta el momento hace referencia a la contratación con entidades privadas de servicios sanitarios por parte del Departamento de Salud. A esto habría que añadir, tal y como se ha adelantado previamente, los servicios que el Servicio Vasco de Salud-Osakidetza contrata con empresas privadas; aunque no estrictamente sanitarios, tienen importantes efectos sobre la calidad de la atención y salud de la población atendida.

En 2023, se ha estimado que la cifra de externalizaciones de servicios asumibles por parte del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza fue de 53.972.496 €. Una cifra muy conservadora que incluye únicamente contratos de restauración hospitalaria, limpieza, servicios de custodia de documentación clínica, además de otros servicios de higienización de instalaciones y gestión de residuos higiénicos. El principal gasto no sanitario externalizado fue el de limpieza, desinfección y lavandería, que suma contratos por un importe de más de 52 millones de euros. Este gasto se repartió entre pocas empresas: Serveo Servicio recibió en 2023 casi 22 millones de euros y Garbialdi más de 11 millones. Otras dos empresas obtuvieron en torno a 8 millones de euros (Tabla 14).

Tabla 14. Listado de contratos firmados por Servicio Vasco de Salud-Osakidetza con proveedores de servicios de limpieza y lavandería, 2023.

Concepto del servicio contratado	Empresa contratada	Importe adjudicado
Servicio de limpieza y jardinería para la OSI Bilbao Basurto	SERVEO SERVICIOS, S.A.	21.993.129
Servicio de limpieza y desinfección en la OSI Barrualde-Galdakao	GARBIALDI, S.A.	11.418.075
Servicio de limpieza y desinfección en la OSI Barrualde-Galdakao	OPTIMA FACILITY SERVICES, S.L.	8.085.807
Servicio de limpieza y desinfección de la OSI Goierri Alto Urola	ISS FACILITY SERVICES, S.A.	7.982.603
Servicio de limpieza y desinfección de los Centros de Atención Primaria de la OSI Ezkerraldea Enkarterri	ISS FACILITY SERVICES, S.A.	2.419.078
Otros servicios de limpieza y lavandería	Varios	159.063
	Total	**52.058.206**

Fuente: *Elaboración propia a partir de datos de Gardena.*

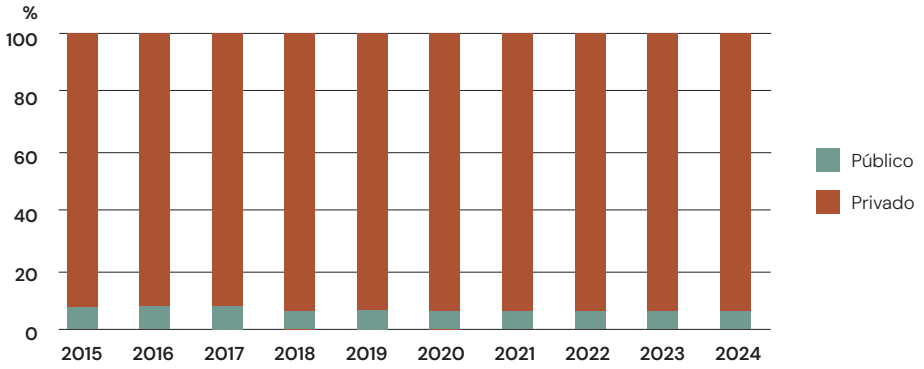
16

LA DOBLE PRIVATIZACIÓN DE LAS INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO, EL 96% SE REALIZA EN CENTROS PRIVADOS

Durante el año 2024 se practicaron un total de 4.210 interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres residentes en Euskadi. De ellas, 4.152 se realizaron en centros de Euskadi.

Las interrupciones voluntarias del embarazo constituyen uno de los casos más claros de privatización de la provisión sanitaria de financiación pública. A pesar de que la práctica totalidad se financiaron desde el sistema público, concretamente el 93,7%, el 95,7%, se practicó en un centro privado. Este nivel de privatización se ha mantenido constante a lo largo de los últimos años e incluso ha aumentado levemente (Gráfico 34).

Gráfico 34. ***Evolución del porcentaje de Interrupciones Voluntarias del Embarazo según si el centro sanitario donde se practicó fue público o privado, Euskadi 2015-2024.***

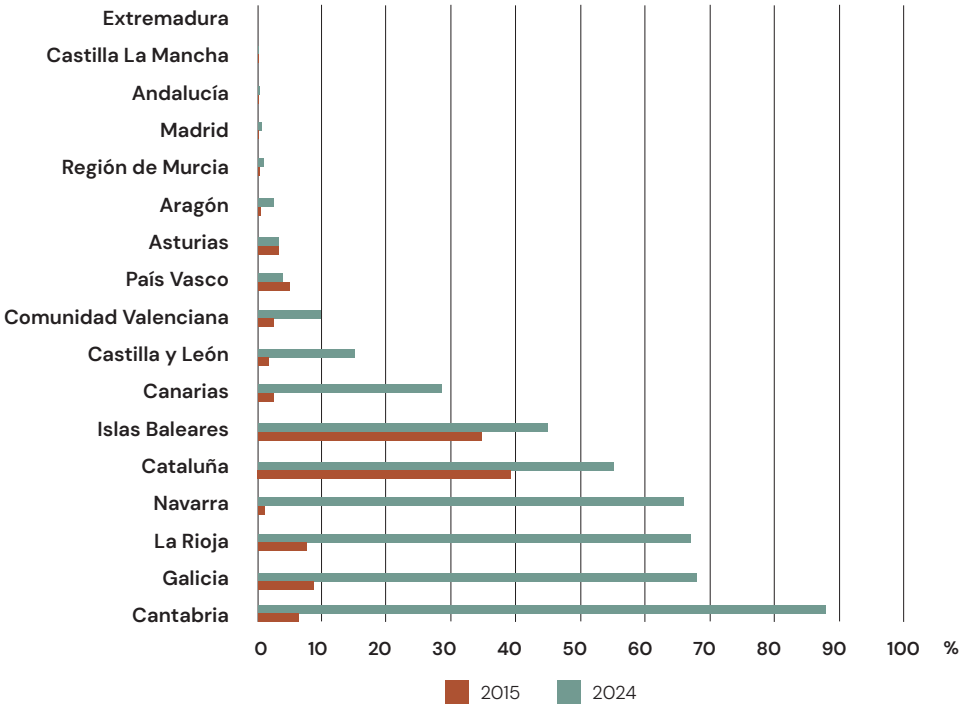


Fuente: *Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad 2025.*

En comparación con el conjunto del Estado, Euskadi presenta una tasa de privatización alta. Así, si bien en el conjunto de las comunidades autónomas como media se realizaron el 28,4% de interrupciones voluntarias del embarazo en centros públicos, en Euskadi ese porcentaje fue del 4,3%. Un porcentaje lejano a las cinco comunidades autónomas donde más de la mitad de las intervenciones se hacen en centros públicos: Cataluña, Navarra, La Rioja, Galicia y Cantabria.

En el periodo 2015-2024 el porcentaje de interrupciones voluntarias del embarazo realizadas en centros públicos descendió en Euskadi, mientras que en la mayor parte de comunidades autónomas creció y en unas pocas se mantuvo más o menos constante. En algunas comunidades el crecimiento fue especialmente reseñable, pasando de un porcentaje de interrupciones realizadas en centros públicos inferior al 10% a un porcentaje superior al 70% (Gráfico 35).

***Gráfico 35.** Porcentaje de Interrupciones Voluntarias del Embarazo realizadas en centros públicos por comunidad autónoma, Estado español, 2015-2024.*



***Fuente:** Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad 2025.*

La privatización de la provisión de las interrupciones voluntarias del embarazo en Euskadi tiene una serie de implicaciones que merece la pena señalar. Para empezar, supone una pérdida de la libertad de elección, ya que prácticamente no existe capacidad de optar por un proveedor público. Así, a pesar de que la mayor parte de las mujeres vascas que practicaron una interrupción voluntaria del embarazo (alrededor de 8 de cada 10) acudió o recibió información sobre las interrupciones voluntarias del embarazo en un centro sanitario público, se le derivó a un centro privado para su realización. Esto también conlleva una pérdida en la continuidad asistencial y en la longitudinalidad en la atención, por la cual mujeres que son atendidas durante el embarazo en el sistema público son desplazadas al sistema privado en el momento en el que precisan una interrupción voluntaria del embarazo.

Por último, el sistema actual supone una doble privatización (Ministerio de Sanidad, 2025) de estas intervenciones. Así, no solo se privatiza su provisión desviando fondos públicos a empresas privadas, sino que se sustrae del sistema público una competencia asistencial que es relegada a centros privados específicos, haciendo que el sistema pierda parte de su visibilidad y carácter público.



Planificación, formación e investigación sanitaria: ¿en manos de quién quedan el presente y el futuro del sistema sanitario?

17

LA FORMACIÓN A LOS ACTUALES Y FUTUROS PROFESIONALES SANITARIOS DEPENDE EN GRAN MEDIDA DE EMPRESAS E INTERESES PRIVADOS

La formación constituye uno de los aspectos esenciales en el futuro de los sistemas sanitarios, englobando dentro de esta tanto la formación de los y las sanitarios y sanitarias del futuro, como la formación continua de los y las actuales. Tradicionalmente se han considerado tres grandes ámbitos en la formación sanitaria o en ciencias de la salud: la formación pregrado y universitaria, que es aquella adquirida en los centros de formación profesional y en las facultades y que incluye prácticas clínicas realizadas durante los años de carrera; la formación especializada o la que se adquiere durante el tiempo en el que una o un profesional se especializa en un ámbito o especialidad determinada; y la formación continua sanitaria, que es toda aquella que se realiza durante toda la vida profesional. Estos ámbitos se desarrollan en diferentes instituciones y tienen diferentes características, tanto generales, como relativas a la privatización.

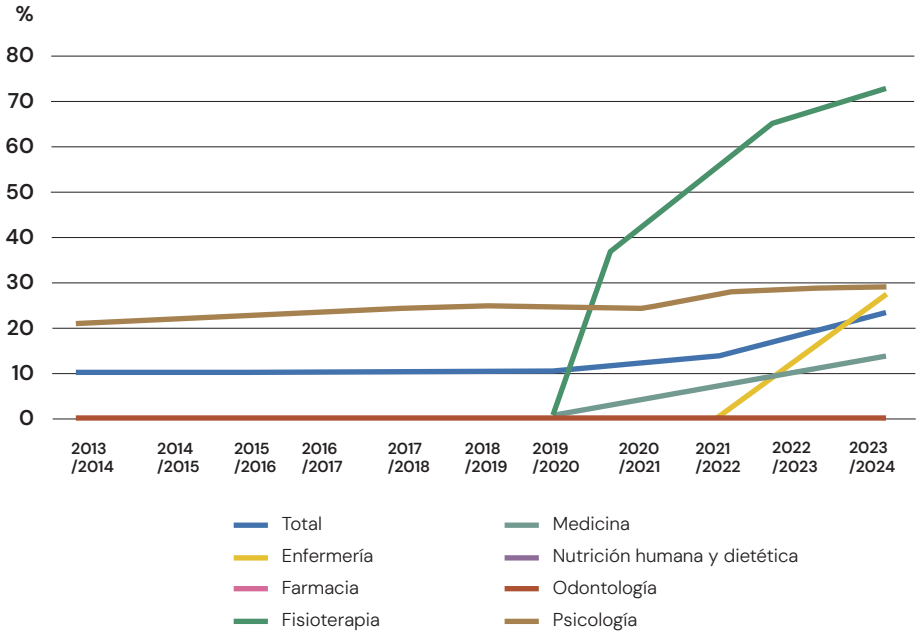
Comenzando con la formación de pregrado y universitaria, esta es responsabilidad del sistema educativo y la privatización de este ámbito viene fundamentalmente por la presencia de instituciones educativas privadas, que proveen de esa formación, gracias a financiación pública o mediante financiación privada. La formación pregrado, se realiza en gran parte en centros de formación profesional y similares. Su alto nivel de privatización en Euskadi se debe al importante grado de privatización del sistema educativo vasco en comparación con el resto de sistemas en el Estado. Aunque no

existen datos específicos para los estudiantes de rama sanitaria, en el curso 2024-2025, según la Estadística de Actividad Escolar de Eustat, el 42,2% del estudiantado de formación profesional en Euskadi estaba matriculado en un centro privado, que en su mayor parte recibía financiación pública.

El grado de privatización de la formación universitaria es menor, pero está creciendo rápidamente en los últimos cursos. Así, en el curso 2023-2024, el 22,7% del estudiantado universitario de grados sanitarios en Euskadi ya estaba matriculado en una universidad privada. Ese porcentaje era del 9,4% tan solo cuatro cursos antes. Hasta el año 2020, la privatización de la formación de grado sanitario era solo significativa en el caso de Psicología, que en el curso 2013-2014 ya presentaba un nivel de privatización del 20,4%. Durante los años siguientes, esta privatización ha aumentado ligeramente hasta alcanzar al 28,0% en el curso 2023-2024. En el caso de otras formaciones el incremento ha sido mucho más importante. Así, en el año 2020-2021 comienzan los estudios privados de Fisioterapia, y tan solo tres cursos después, el 73,5% del alumnado de este grado en Euskadi lo cursa en una universidad privada. Aunque menor, también es destacable el crecimiento en la privatización de los estudios de Enfermería, que se inician en el ámbito privado en el curso 2022-2023 y ya incluyen al 18,2% del estudiantado de esta formación el curso siguiente. Destaca también la privatización progresiva de los estudios de Medicina, que se inician en 2020-2021 y que acogen ya al 13,4% de los y las estudiantes de esta disciplina en 2023-2024 (Gráfico 36). En el resto de grados de ciencias de la salud, todos los estudios se realizan en el ámbito de la universidad pública. Este crecimiento de la presencia de universidades privadas en la formación sanitaria de grado, y especialmente de Medicina, es un fenómeno que ocurre en el conjunto del Estado donde el número de universidades privadas con grados sanitarios, principalmente en Medicina, ha crecido considerablemente. Este incremento es posible fruto de la alta rentabilidad económica de esta formación, así como de las decisiones de política educativa y universitaria que han permitido la creación de estos grados, en ocasiones a pesar de los dudosos estándares de calidad, y no permitiendo que sean las universidades públicas quienes cubran las necesidades de profesionales sanitarios y sanitarias del futuro. Respecto al alumnado de Master, no se cuenta con datos específicos para el área de salud, pero en términos generales, el 39,2% del alumnado de master universitario de Euskadi está matriculado en una universidad privada.

Los principales riesgos de privatizar la formación sanitaria pregrado y universitaria radican, por un lado, en las barreras de acceso derivadas del elevado coste de las matrículas. Por otro, en que fomenta un perfil profesional cada vez más elitista y distanciado de la realidad socioeconómica de la población a la que asiste.

Gráfico 36. ***Evolución del porcentaje de alumnado de grados universitarios de ciencias de la salud matriculado en universidades privadas. Euskadi. Curso 2013/2014 a 2023/2024.***



Fuente: *Elaboración propia a partir de Estadística Universitaria. Eustat.*

En el caso de la formación especializada y la formación continua, estas no son responsabilidad del sistema educativo, sino que se producen en su mayor parte dentro del sistema sanitario o en instituciones o espacios específicos como cursos o congresos. Así, los procesos de privatización se producen en su mayor parte por la importancia y presencia de la industria farmacéutica, y de entidades privadas de formación.

La formación especializada en ciencias de la salud, en concreto, se desarrolla a través del sistema de residencia, que constituye el procedimiento reglado para adquirir la competencia profesional en las distintas especialidades sanitarias. Este sistema incluye titulaciones como Medicina, Enfermería, Psicología, Farmacia, Biología, Bioquímica, Física o Química, entre otras. La residencia se lleva a cabo combinando actividad docente, supervisión tutorizada y práctica clínica progresiva dentro de unidades docentes acreditadas. Aunque la mayor parte de esta formación especializada se realiza

dentro del sistema sanitario público, existen unidades docentes acreditadas en centros privados y también se realizan rotaciones formativas en centros privados. En el caso de Euskadi, existe una unidad docente acreditada en la Fundación Matia y tres en la Fundación Onkologikoa Fundazioa. Además de esta privatización específica del proceso de especialización, existe una privatización estructural en la formación especializada que coincide con la que ocurre durante la formación continua de los y las profesionales sanitarias, y que se deriva de la presencia de la industria farmacéutica.

Por último, la formación continua sanitaria es un aspecto fundamental. Además de la mera transmisión de conocimientos, persigue el mantenimiento y desarrollo de las habilidades, las actitudes y la capacidad de relación con el fin de mejorar la calidad de la prestación asistencial y preventiva que las y los profesionales sanitarios ofrecen a las personas y a la población, en el marco del sistema sanitario (Pardell, 2000). Las fuentes de formación continua son diversas, entre las que figuran la lectura científica, la asistencia a congresos, reuniones científicas y cursos.

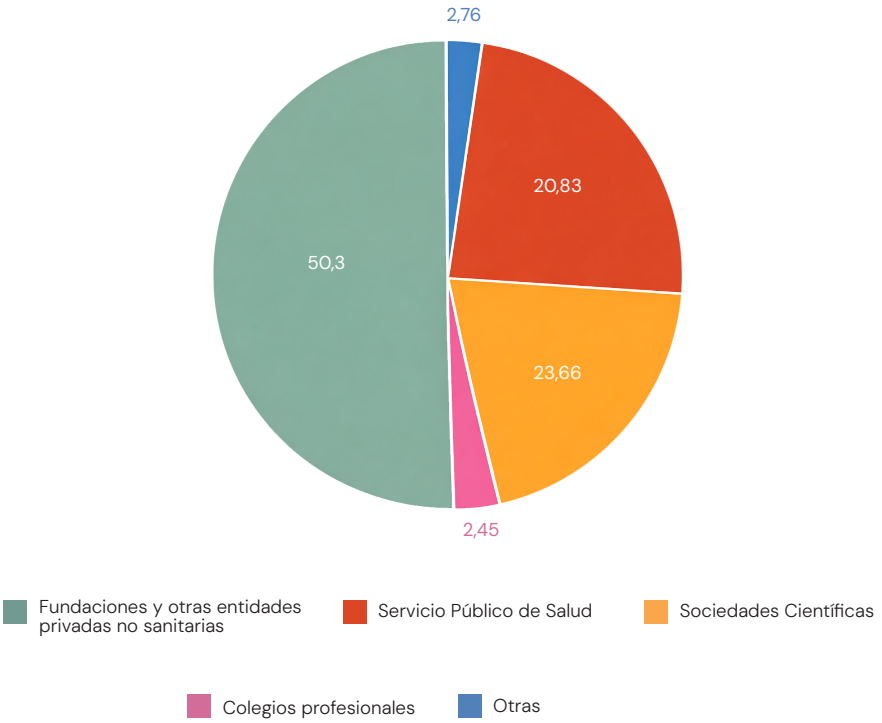
La introducción de lógicas privatizadoras en la formación sanitaria se materializa con la participación e influencia de empresas privadas en el proceso de formación de las y los profesionales sanitarios. Los principales proveedores de formación continua en el Estado español, concretamente de formación a profesionales de la medicina, son las sociedades médicas y los sistemas sanitarios nacionales y regionales, junto con las asociaciones profesionales y las instituciones privadas. Al igual que en otros países europeos, la principal patrocinadora de dicha formación es la industria farmacéutica (Gual et al., 2005; Maisonneuve et al., 2009). Esta afectación se ha observado, por ejemplo, en la subvención u organización de jornadas o congresos en el caso de las empresas farmacéuticas o en la impartición de cursos formativos sobre diferentes técnicas sanitarias a profesionales del sistema público de salud en el caso de hospitales y/o clínicas privadas. La alta presencia de la industria farmacéutica en las labores de formación e investigación sanitaria se ve reflejada en el dinero que destinan a lo que denominan "transferencias de valor", término con el que se refieren a los pagos realizados a profesionales y organizaciones sanitarias y que intenta suavizar la naturaleza comercial de estas transacciones. En 2024, los laboratorios adheridos al código de buenas prácticas de Farmaindustria, gastaron en España 784,5 millones de euros en estas transferencias. De estos, 415 millones de euros fueron pagos a profesionales sanitarios, fundamentalmente médicos y médicas, por participar en actividades de investigación y desarrollo, y 242 millones de euros para actividades de formación continuada. Asimismo, destinaron 92 millones a la prestación de servicios profesionales.

La industria farmacéutica utiliza los mecanismos formativos para dar a conocer sus productos mediante el patrocinio en el ámbito de las reuniones científicas, anuncios en publicaciones médicas y verbalmente de manera personalizada –en la visita médica tradicional (Gómez Córdoba et al., 2007). Además, participa en la formación continua prestada por las asociaciones profesionales, que tienen una labor importante en la formación de sus socios y socias y, son referentes de información sanitaria tanto para profesionales como para la población general. Las asociaciones profesionales no cuentan con vías relevantes de financiación y muchas de sus actividades son financiadas por la industria, especialmente en el caso de aquellas con un perfil eminentemente asistencial, ligadas a la prescripción o compra de tecnología (Ruano, 2011).

En el caso concreto de Euskadi, no existen datos específicos de estas "transferencias de valor", pero sí contamos con datos sobre la formación sanitaria acreditada, lo que nos permite realizar un análisis o monitorización aproximada de los agentes proveedores. Aunque esta formación acreditada solo sea una parte de la formación continua sanitaria, su interés radica en que queda registrada más o menos de forma sistemática. La formación continua acreditada es la única que tiene valor en la carrera de las y los profesionales sanitarios. Este hecho y su valor en las oposiciones de acceso al sistema sanitario la han convertido en un importante negocio para diferentes entidades privadas. Esta formación debe ser reconocida por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias y sus órganos específicos en las CCAA, siendo en Euskadi el Consejo Vasco de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias. La formación continuada se rige por la LOPS (Ley 44/2003, 2003) y el Real Decreto 1142/2007 (Real Decreto 1142/2007, 2007). Pueden solicitar acreditación aquellas entidades proveedoras de actividades de formación continua dirigidas a las y los profesionales sanitarios, con personalidad jurídica propia, capacidad y experiencia formativa demostrable (al menos 5 años), realizadas y organizadas en Euskadi. La industria puede participar en la financiación de la formación sanitaria acreditada, siempre y cuando la entidad proveedora de la formación se haga responsable de que el patrocinio comercial no condicione la independencia de contenidos y ponentes, el control de la publicidad y la presencia de logotipos comerciales. Para la acreditación y con el fin de garantizar la transparencia de las relaciones entre las entidades patrocinadora y proveedora, esta última debe firmar la declaración de conflicto de intereses propuesta por el consejo, obtener de las personas docentes una declaración similar y mencionarla en el programa. A pesar de la normativa que regula la formación continuada acreditada para profesionales sanitarios y trata de prevenir los conflictos de interés, la influencia de la industria farmacéutica en el desarrollo y la práctica profesional es, de acuerdo a varias investigaciones (Genta-Mesa y Flórez, 2019; Rosenbaum, 2015), un sesgo difícil de eludir.

Durante 2023 en Euskadi, solo el 20,8% de las actividades de formación acreditada fue realizada por el sistema sanitario público, siendo las fundaciones y otras entidades privadas no sanitarias las que proveyeron la mayor parte (50,3%), seguidas de las sociedades científicas (23,7%) (Gráfico 37).

Gráfico 37. ***Actividades de formación sanitaria acreditadas según tipo de entidad proveedora. Euskadi, 2023.***



Fuente: *Memoria de Secretarías técnicas de acreditación de la formación continuada.*

18 PRIORIDADES Y RESULTADOS EN INVESTIGACIÓN INFLUENCIADOS POR INTERESES ECONÓMICOS PRIVADOS

La investigación en salud constituye una actividad esencial para el futuro de los sistemas sanitarios, ya que determina la generación de conocimiento y la innovación en la práctica clínica. Además, define las prioridades de salud y determina las intervenciones y áreas que serán objeto de inversión.

La privatización de la investigación en salud se produce en su mayor parte por la introducción de agentes privados tanto en su financiación como en su ejecución. Esta privatización condiciona qué conocimiento se produce, para quién y con qué finalidad. Esto puede provocar que las prioridades de investigación en salud no se dirijan a la mejora de la salud de la población, sino a la generación de beneficio económico. Por ejemplo, se ha demostrado que las enfermedades que más inversión en salud atraen no son las que generan más carga de enfermedad y mortalidad, sino las que afectan a las personas y países de mayor poder adquisitivo. Además, la introducción de agentes privados puede condicionar la independencia científica, la equidad en salud y la propia sostenibilidad de los sistemas públicos de salud.

Esta privatización se produce fundamentalmente porque una parte relevante de la investigación en salud depende de la financiación privada que otorga fundamentalmente la industria farmacéutica y biotecnológica. En España, según datos de Farmaindustria, el sector farmacéutico invirtió 1.533 millones de euros en I+D durante 2024, de los cuales 900 millones se centraron en el área clínica. Esta aportación

sufraga el 83% de los ensayos clínicos a nivel estatal. Además, 646 millones del total se destinaron a hospitales, universidades y centros de investigación, tanto públicos como privados, consolidando a la industria como un pilar relevante para la sostenibilidad de estas instituciones.

En el caso de Euskadi, no hemos encontrado datos desagregados, pero atendiendo al I+D en biotecnología, en su mayor parte destinado a la investigación en salud humana, durante 2023 al menos el 42% de su financiación tuvo su origen en empresas o instituciones privadas (Eustat, 2024). Además, el 81% de los ensayos clínicos realizados en el ámbito del sistema sanitario público (BIOEF, 2025) son promovidos por la industria farmacéutica.

Esta dependencia de la financiación privada del sistema general de I+D sanitario y también de los centros públicos, condiciona enormemente las preguntas de investigación, los ámbitos prioritarios y los resultados que se consideran relevantes, introduciendo como aspecto esencial el factor comercial, en detrimento del objetivo de la mejora de la salud poblacional. La capacidad del ámbito empresarial para establecer las prioridades en investigación se traslada hacia áreas con alto potencial económico y genera infrafinanciación de áreas con alto potencial de mejora de la salud poblacional, como las intervenciones no farmacológicas, la salud pública o enfermedades sin atractivo comercial. Esta deriva comercial de la investigación, además de suponer una pérdida en la mejora de la salud, supone un aumento de la medicalización, así como un mayor gasto sanitario.

La ejecución de las actividades de investigación por parte de agentes privados es otro de los aspectos de la privatización de la investigación en salud. Así, en el denominado "ecosistema vasco de investigación en salud" (BIOEF, 2025) además de los organismos públicos -Osakidetza y la Universidad del País Vasco y otros organismos del sector público con naturaleza jurídica híbrida, que combinan titularidad pública con un funcionamiento basado en derecho privado (BIOs)–, conviven actores como universidades, entidades sanitarias o centros de investigación privados. Atendiendo a los empleados en I+D en biotecnología, durante 2023, del total de personas empleadas, al menos el 42,3% trabajaba en una entidad privada, con o sin ánimo de lucro.

19

PRIVATIZACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN: LA DIRECCIÓN Y EL FUTURO DEL SISTEMA DE SALUD EN MANOS DE EMPRESAS PRIVADAS

La planificación sanitaria es una función fundamental dentro de cualquier sistema de salud, pues permite analizar la situación presente y las necesidades futuras, establecer objetivos y proponer acciones para la consecución de las metas de salud de la población (Guix Oliver, 2012).

Dado su rol estratégico para la salud poblacional, la cesión o delegación de esta función a entidades privadas conlleva importantes riesgos:

1. Gasto y desaprovechamiento de recursos públicos: supone un gasto público que beneficia a empresas privadas por trabajos que, en su mayoría, podrían ser realizados por personal público.

2. Infiltración de lógicas mercantilistas: posibilita que intereses privados y lógicas de mercado se impongan en los planes que rigen la sanidad pública. Esto puede alejar al sistema de su objetivo principal (la mejora de la salud poblacional) en favor de metas de mercado.

En esencia, externalizar la planificación sanitaria implica trasladar al ámbito de la empresa privada la decisión sobre las prioridades y las líneas estratégicas de desarrollo del sistema sanitario (Sánchez Bayle, 2014).

Pese a ello, la función de planificación sanitaria se ha derivado cada vez más al ámbito privado, a menudo a través de grandes consultoras multinacionales, contratadas para realizar diagnósticos, priorizar necesidades y proponer actuaciones mediante consultoría, estudios de prospección y evaluación. Un riesgo inherente es que las propuestas se realicen bajo criterios que, en ocasiones, no están exentos de conflictos de interés.

Entre 2020 y 2024, el Departamento de Salud del Gobierno Vasco destinó más de 3 millones de euros a la contratación de servicios de consultoría, planificación y estudios. Estas contrataciones a menudo recaen en consultoras especializadas en gestión empresarial, que están lejos de la gestión sanitaria, la salud pública y las políticas de salud.

Algunos de los ejemplos que ilustran esta delegación de funciones estratégicas son:

- Plan de Salud de Euskadi (2021-2028): es el documento rector de la política sanitaria, por lo que su externalización a actores privados subraya la transferencia de una función clave de la Administración. Fue externalizado al grupo empresarial LKS en 2022 por 146.289 €. La misma empresa había realizado previamente la evaluación del plan anterior (2013-2020) por 50.578 €.

- Otros planes: la elaboración del VIII Plan de Adicciones de Euskadi (2022-2026) se contrató a Nauk Consulting, S.L., y el Plan Oncológico Integral de Euskadi (2024-2030) a LKS.

- El Servicio Vasco de Salud-Osakidetza también delega su función estratégica. Un ejemplo significativo es la contratación en 2025 de Accenture, S.L. (filial del grupo global Accenture) por 2.178.000 € para dar soporte a la Estrategia del Dato en Osakidetza.

A pesar de la dificultad de hacer seguimiento de estos contratos, los datos demuestran una progresiva privatización de la planificación y la política de salud, con dos consecuencias principales: el trasvase de fondos públicos a empresas privadas por funciones que deberían ser realizadas por la propia Administración y su personal, y la delegación a empresas que, a menudo, no están especializadas en políticas y gestión de salud pública.

20

LA NECESIDAD DE UNA MAYOR TRANSPARENCIA SOBRE LA PRIVATIZACIÓN SANITARIA EN EUSKADI

La transparencia es un requisito básico para el funcionamiento democrático de las instituciones públicas. Disponer de información accesible, comprensible y suficiente sobre cómo se utilizan los recursos públicos y cómo se organizan los servicios permite a la ciudadanía conocer y evaluar la actuación de las administraciones. Asimismo, constituye una condición necesaria para una participación informada en el debate social y político. Esta necesidad resulta especialmente relevante en el ámbito de las políticas de salud, tanto por el propio valor de la salud y la responsabilidad de los poderes públicos en su protección, como por el volumen de recursos públicos y privados que moviliza.

Dentro de esta exigencia de transparencia en las políticas de salud cobra especial importancia conocer qué papel desempeña el sector privado en la atención sanitaria y en las políticas de salud en general. Como ya ha sido mencionado en este documento, uno de los aspectos más relevantes de la privatización lo constituye la utilización de recursos públicos para financiar servicios prestados por entidades privadas mediante conciertos, contratos y otras fórmulas de colaboración. La transparencia sobre estos mecanismos resulta especialmente necesaria para conocer cómo y a quién se destinan estos recursos, evaluar la eficiencia de su utilización y facilitar su control, reduciendo además el riesgo de irregularidades, conflictos de interés o situaciones de corrupción.

Sin embargo, la transparencia supone más que conocer el volumen de los recursos

públicos destinados a empresas o entidades privadas. Como se ha mostrado a lo largo de este documento, la privatización puede producirse mediante mecanismos muy diferentes, algunos de los cuales no implican una transferencia directa de recursos públicos a entidades privadas, sino que se produce también cuando el sistema público no asume su responsabilidad sobre la atención o la financiación de las necesidades de salud de la población. Estas formas de privatización pueden resultar especialmente preocupantes desde el punto de vista de la salud y la equidad, ya que trasladan una mayor responsabilidad a las propias personas y pueden hacer que el acceso a la atención dependa en mayor medida de su capacidad económica. Es por ello que también es relevante conocer el origen y carácter financiero de las cuentas de salud.

La propia realización de la investigación que ha dado lugar a este documento ha puesto de manifiesto las dificultades existentes en el acceso a la información completa para evaluar el alcance de la privatización sanitaria en Euskadi. Obtener el análisis que se describe y presenta a lo largo de estas páginas ha requerido un importante esfuerzo de búsqueda, recopilación y análisis de información procedente de numerosas fuentes y bases de datos, no siempre fácilmente accesibles. En el proceso, se han realizado peticiones específicas, y en ocasiones también presentado reclamaciones a órganos superiores ante la negativa de facilitar directamente información básica. En algunos casos, no ha sido posible acceder a la información necesaria. En definitiva, la información esencial está lejos de ser accesible para toda la ciudadanía y de cumplirse, por tanto, los requisitos básicos de transparencia de las instituciones públicas.

Igualmente, la información disponible se encuentra frecuentemente dispersa, utiliza diferentes clasificaciones y niveles de desagregación y, en algunos ámbitos, resulta insuficiente o ni se publica ni es posible conseguirla bajo petición específica. No existe, por tanto, una posibilidad realista que permita conocer de forma sencilla e integrada qué papel desempeña el sector privado en el sistema sanitario vasco y cómo ha evolucionado en el tiempo.

Concretamente, para elaborar este informe ha sido necesario recurrir al siguiente conjunto de fuentes de información, que permiten aproximarse a diferentes dimensiones de la privatización sanitaria. Se han utilizado estadísticas oficiales, registros administrativos, información presupuestaria y contractual, memorias e informes de organismos públicos, así como información obtenida mediante solicitudes específicas en portales oficiales de la administración. La siguiente tabla recoge las principales fuentes utilizadas y la información obtenida de cada una de ellas (Tabla 15).

Tabla 15. ***Fuentes de información y la información empleada en cada caso.***

Fuente de información	Información utilizada
Encuesta de Salud de Euskadi (ESCAV). Departamento de Salud, Gobierno Vasco.	Opinión sobre financiación y cobertura del sistema sanitario; percepción de cobertura de necesidades de salud; aseguramiento privado según características sociales; utilización de atención dental, financiación de la atención odontológica, necesidades dentales no atendidas y salud bucodental.
Barómetro Sanitario. Ministerio de Sanidad/Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).	Preferencia por atención pública o privada; valoración del funcionamiento del sistema sanitario público y satisfacción con el sistema sanitario.
Sociómetro Vasco. Gobierno Vasco.	Percepción de la sanidad y Osakidetza como uno de los principales problemas de Euskadi.
Ikuskerak. Gobierno Vasco.	Opinión sobre cómo debería financiarse la sanidad y percepción de cómo será el sistema sanitario vasco en el futuro.
Cuenta de la Salud. Eustat.	Gasto sanitario total; financiación pública y privada; gasto directo de los hogares, seguros privados y otras fuentes de financiación; distribución de la financiación por funciones sanitarias.
Cuenta de la Salud / System of Health Accounts. Eurostat.	Financiación pública y privada y gasto de bolsillo utilizados para la comparación de Euskadi con los países europeos.
Cuenta de la Salud. Ministerio de Sanidad.	Financiación pública y privada de la asistencia odontológica ambulatoria en España.
Estadística de Atención Sanitaria Privada. Eustat.	Número y porcentaje de personas con seguro sanitario privado, evolución, distribución territorial y modalidades de aseguramiento.
Estadística de Población. Eustat.	Datos poblacionales empleados como denominadores para el cálculo de indicadores de aseguramiento privado por sexo y edad.

Fuente de información	Información utilizada
Encuesta Hospitalaria. Departamento de Salud, Gobierno Vasco.	Recursos humanos hospitalarios según titularidad y actividad asistencial realizada en hospitales públicos y privados.
Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Ministerio de Sanidad.	Titularidad y recursos hospitalarios; financiación de la actividad hospitalaria; actividad del sistema público realizada mediante conciertos con hospitales privados.
Estadística de Gasto Sanitario Público. Ministerio de Sanidad.	Gasto público destinado a conciertos sanitarios privados y comparación entre comunidades autónomas.
Presupuestos y datos de ejecución presupuestaria. Departamento de Salud, Gobierno Vasco.	Presupuesto sanitario y partidas destinadas a conciertos, transferencias, contrataciones y otros mecanismos de financiación de proveedores privados.
Portal de Transparencia- Gardena / Plataforma de contratación pública del Gobierno Vasco.	Contratos, adjudicaciones, proveedores e importes; conciertos sanitarios; transporte sanitario; servicios ambulatorios; salud mental; externalizaciones no sanitarias; consultoría y planificación sanitaria.
Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI). Departamento de Salud/Osakidetza.	Población atendida y distribución de la actividad del PADI entre Osakidetza y la red privada concertada.
Estadística de Interrupciones Voluntarias del Embarazo. Ministerio de Sanidad.	Número de IVE, financiación y titularidad pública o privada del centro de realización; evolución y comparación territorial.
Estadística de Actividad Escolar. Eustat.	Alumnado y titularidad pública o privada de centros de formación profesional vinculados a la formación sanitaria.
Estadística Universitaria. Eustat.	Estudiantes matriculados en titulaciones sanitarias según universidad pública o privada y evolución temporal.
Registro de unidades docentes acreditadas de Formación Sanitaria Especializada.	Unidades docentes acreditadas y presencia de centros privados en la formación sanitaria especializada.

Fuente de información	Información utilizada
Registro/acreditación de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias.	Actividades de formación continuada acreditadas según tipo de entidad proveedora.
Registro Español de Estudios Clínicos (REec) / AEMPS.	Ensayos clínicos y características de su promoción, incluida la participación de la industria.
Estadística de I+D en Biotecnología. Eustat.	Financiación y personal de I+D en biotecnología según sector público y privado.
Datos y registros de BIOEF / sistema sanitario público vasco.	Ensayos clínicos y actividad investigadora desarrollada en el sistema sanitario público vasco según tipo de promotor.
Registro Nacional de Centros y Servicios de Reproducción Humana Asistida. Ministerio de Sanidad.	Centros públicos y privados autorizados para realizar técnicas de reproducción humana asistida en Euskadi y técnicas autorizadas.
Registro Nacional de Actividad de Reproducción Humana Asistida.	Actividad de reproducción asistida: centros, ciclos y técnicas realizadas.
Osakidetza – Unidades de Reproducción Humana Asistida.	Cartera pública, criterios de acceso, límites establecidos para los tratamientos y datos disponibles sobre actividad y espera.
Encuesta de Fecundidad. INE.	Información individual sobre reproducción y utilización de tratamientos de reproducción asistida empleada para analizar diferencias socioeconómicas de acceso.

Fuente: *Elaboración propia.*

Referencias

Altisent, R. (2003). La relación con la industria farmacéutica: una cuestión ética de alta prevalencia en medicina de familia. Atención Primaria, 32(2), 106-109.
https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)70745-8

Alon I, Pinilla J. Assisted reproduction in Spain, outcome and socioeconomic determinants of access. Int J Equity Health. 2021;20:156. doi:10.1186/s12939-021-01438-x.

André, C., Batifoulier, P. y Jansen-Ferreira, M. (2016). Health care privatization processes in Europe: Theoretical justifications and empirical classification. International Social Security Review, 69(1), 3-23.
https://doi.org/10.1111/issr.12092

Austad, K. E., Avorn, J. y Kesselheim, A. S. (2011). Medical students' exposure to and attitudes about the pharmaceutical industry: a systematic review. PLoS Medicine, 8(5), artículo e1001037.
https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001037

Austad, K. E., Avorn, J., Franklin, J. M., Campbell, E. G. y Kesselheim, A. S. (2014). Association of marketing interactions with medical trainees' knowledge about evidence-based prescribing: results from a national survey. JAMA Internal Medicine, 174(8), 1283-1290.
https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.2202

Becker, N. V., Scott, J. W., Moniz, M. H., Carlton, E. F. y Ayanian, J. Z. (2022). Association of chronic disease with patient financial outcomes among commercially insured adults. JAMA Internal Medicine, 182(10), 1044-1051.
https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2022.3687

Bedard, K., & Frech, H. E. (2009). Prison health care: Is contracting out healthy? Health Economics, 18(11), 1248–1260.
https://doi.org/10.1002/hec.1426

BIOEF 2025. Actividad de I+D+i del Sistema Sanitario de Euskadi. Memoria 2024. Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias Disponible en [consultado octubre 2025).
https://www.bioef.eus/wp-content/uploads/2025/12/3432-Memoria-anual-ID-2024-ESP-DIGITAL.pdf

Bortolotti, B. y Milella, V. (2008). Privatization in Western Europe: stylized facts, outcomes, and open issues. En G. Roland (ed.), Privatization: Successes and failures (pp. 32-75). Columbia University Press.

Bosch P, Pavone V. Colaboración público-privada encubierta: la construcción del mercado reproductivo en España. En: XVI Congreso Español de Sociología; 15-17 jul 2026; Bilbao, España.

Bowman, M. A. (1986). Impact of drug company funding on the content of continuing medical education. Journal for Continuing Education in the Health Professions, 6(1), 66-69. https://doi.org/10.1002/chp.4760060112

Bowman, M. A. y Pearle, D. L. (1988). Changes in drug prescribing patterns related to commercial company funding of continuing medical education. Journal for Continuing Education in the Health Professions, 8(1), 13-20.
https://doi.org/10.1002/chp.4750080104

Calderón, S. y Rabanaque, M. J. (2014). Estudiantes de medicina y marketing farmacéutico. Atención Primaria, 46(3), 156-166.
https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.08.003

Commission of Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. World Health Organization.

Costa-Font, J. y Jofre-Bonet, M. (2008). Is there a 'secession of the wealthy'? Private health insurance uptake and National Health System support. Bulletin of Economic Research, 60(3), 265-287.
https://doi.org/10.1111/j.1467-8586.2008.00285.x

Comendeiro-Maaløe, M., Ridao-López, M., Gorgemans, S., & Bernal-Delgado, E. (2019). A comparative performance analysis of a renowned public–private partnership for health care provision in Spain, 2003–2015. Health Policy, 123(4), 408–411.
https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.01.012

Council on Ethical and Judicial Affairs. (2010). Financial relationships with industry in continuing medical education (report 1-A-10).
http://policymed.typepad.com/files/ama-hod---ceja-i---v.4.0- 5-18-10.pdf.

Davis, K., Stremikis, K., Squires, D. y Schoen, C. (2014). Mirror, mirror on the wall: how the performance of the U.S. Health Care System compares internationally. The Commonwealth Fund.
https://tinyurl.com/ya8tfbx2

Dean, J. (2015). Private practice is unethical-and doctors should give it up. British Medical Journal, 350, artículo h2299.
https://doi.org/10.1136/bmj.h2299

De Lara, L., Camprubí, L., Guareschi, N. M. F. y Borrell, C. (2015). Discursos de movimientos sociales sobre privatización de los servicios de salud catalanes. Athenea Digital, 15(2), 51-80.
https://doi.org/10.5565/rev/athenea.1436

European Commission: Directorate-General for Migration and Home Affairs & ECORYS. (2013). Study on corruption in the healthcare sector. Publications Office.
https://data.europa.eu/doi/10.2837/58154

EUSTAT 2024. Estadística sobre I+D en biotecnología.
https://es.eustat.eus/estadisticas/tema_311/opt_1/temas.html

FADSP. (2025). La privatización sanitaria en España: análisis, impactos y alternativas. Madrid: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Disponible en [consultado el 21 de diciembre 2025]
https://fadsp.es/wp-content/uploads/2025/10/DOCUMENTO-DE-PRIVATIZACION-FADSP-VERSION-LARGA-1.pdf

Farrants, K., Bambra, C., Nylen, L., Kasim, A., Burström, B. y Hunter, D. (2017). The recommodification of healthcare? A case study of user charges and inequalities in access to healthcare in Sweden 1980-2005. Health Policy, 121(1), 42-49.
https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.11.005

Fugh-Berman, A. (2021). Industry-funded medical education is always promotion—an essay by Adriane Fugh-Berman. British Medical Journal, 373, artículo n1273.
https://doi.org/10.1136/bmj.n1273

Genta-Mesa, G. y Flórez, I.V. (2019). Relación médico-industria y los conflictos de interés: aspectos históricos y normativos, impactos negativos y propuestas. Iatreia, 32(4), 298-310.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-07932019000400298&script=sci_arttext#t1

Gómez-Córdoba, A.I., Latorre-Santos, C., y Carreño, J.N. (2007). Dilemas éticos en las relaciones entre la industria farmacéutica y los profesionales de la salud. Persona y bioética 11(1), 23-28.
https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/1652

Goodair, B., & Reeves, A. (2024). The effect of health-care privatisation on the quality of care. The Lancet Public Health, 9(3), e199–e206.
https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00275-6.

Goodair, B., Reeves, A. y Rahal, C. (2021). Is outsourcing healthcare to private providers associated with higher mortality rates in NHS England? European Journal of Public Health, 31(Supl. 3), artículo ckab164.836.
https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab164.836

Goodair, B., Reeves, A. y Rahal, C. (2022). Outsourcing health-care services to the private sector and treatable mortality rates in England, 2013–20: an observational study of NHS privatisation. The Lancet Public Health, 7(7), e638-e646.
https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00133-5

Gottschalk, M. (2010). US health reform and the Stockholm syndrome. En L. Panitch y C. Leys (eds.), Morbid symptoms: health under capitalism (pp. 103-124). Merlin Press & Monthly Review Press.

Gual, A., Palés, J., Pardell, H., y Oriol-Bosch, A. (2005). Doctors in Spain. An old country, old and new structures, and a new future. The Clinical Teacher 2(1), 59-63.
https://doi.org/10.1111/j.1743-498X.2005.00048.x

Guix Oliver, J. (2012). Organització dels sistemes sanitarios. Universitat Rovira i Virgili.
Himmelstein, D. U., Warren, E., Thorne, D. y Woolhandler, S. (2005). Illness and injury as contributors to bankruptcy. Health Affairs, 24(0 supl. 1), w5-w63.
https://doi.org/10.1377/hlthaff.w5.63

Himmelstein, D. U., Warren, E., Thorne, D. y Woolhandler, S. (2006). Discounting the debtors will not make medical bankruptcy disappear. Health Affairs, 25(2), w84-w88.
https://doi.org/10.1377/hlthaff.w84

Kannan, S., Bruch, J. D. y Song, Z. (2023). Changes in hospital adverse events and patient outcomes associated with private equity acquisition. Journal of the American Medical Association, 330(24), 2365-2375.
https://doi.org/10.1001/jama.2023.23147

Kruse, F. M., Stadhouders, N. W., Adang, E. M., Groenewoud, S. y Jeurissen, P. P. T. (2018). Do private hospitals outperform public hospitals regarding efficiency, accessibility, and quality of care in the European Union? A literature review. International Journal of Health Planning and Management, 33(2), e434-e453.
https://doi.org/10.1002/hpm.2502

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (2003). BOE núm. 280, de 22 de noviembre de 2003.

Maisonneuve, H., Matillon, Y., Negri, A., Pallarés, L., Vigneri, R., y Young, H.L. (2009). Continuing medical education and professional revalidation in Europe: five case examples. Journal of Continuing Education in the Health Professions 29(1), 58-62.
https://doi.org/10.1002/chp.20007

Lozano M, Cortina C, Borisova E. Reproducción asistida en España: un estudio del acceso, las razones y el éxito de los tratamientos. Rev Esp Investig Sociol. 2026;(194):103-120. doi:10.5477/cis/reis.194.103-120

Martín, U. (2019). ¿Acabará el envejecimiento con nuestras sociedades? Datos, ideas y discursos interesados sobre el envejecimiento. Ekonomiaz, (96), 80–105.

Martín-Aranda, P., Vázquez, I. y Rodríguez de Cossío, A. (2007). Médicos residentes e industria farmacéutica. Atención Primaria, 39(10), 510-511.
https://doi.org/10.1157/13109507

Mercille, J. y Murphy, E. (2017). What is privatization? A political economy framework. Environment and planning A: Economy and Space, 49(5), 1040-1059.
https://doi.org/10.1177/0308518X16689085

Ministerio de Sanidad (2025) Informe. Situación del aborto en la sanidad pública. Evolución y medidas para la accesibilidad. Ministerio de Sanidad. Disponible [consultado 10 noviembre de 2025]
https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/docs/Informe_IVEs_Publico_Privado_2015_2024.pdf

Ministerio de Sanidad (2025) Evaluación de la sanidad privada en el sistema sanitario de España. Ministerio de Sanidad. Disponible [consultado 4 diciembre de 2025] https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/docs/20251209_Informe_Sanidad_Privada.pdf

Molander, P. (2025). Public versus private healthcare systems in the OECD area. A broad evaluation of performance. European Journal of Health Economics, 26, 1163-1173. https://doi.org/10.1007/s10198-025-01767-6

Mosquera, P. A., San Sebastián, M., Burström, B., Hurtig, A. K., & Gustafsson, P. E. (2021). Performing through privatization: An ecological natural experiment of the impact of the Swedish free choice reform on ambulatory care sensitive conditions. Frontiers in Public Health, 9, 504998. https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.504998

Observatorio Sectorial DBK de INFORMA. Centros de reproducción asistida. 11ª ed. Madrid: INFORMA D&B; 2026.

Orlowski, J. P. y Wateska, L. (1992). The effects of pharmaceutical firm enticements on physician prescribing patterns. Chest, 102(1), 270-273. https://doi.org/10.1378/chest.102.1.27

Pan, L., Xiao, K., Zhu, H. y Luo, L. (2023). The impacts of public hospital comprehensive reform policies on hospital medicine cost, revenues and healthcare expenditures 2014–2019: An analysis of 103 tertiary public hospitals in China. Frontiers in Health Services, 3, artículo 1079370. https://doi.org/10.3389/frhs.2023.1079370

Pardell, H. (2000). ¿Qué podemos esperar de la formación médica continuada? Mitos y realidades. Medicina Clínica 114(11), 419-430.

Parker, D. y Saal, D. S. (eds.). (2003). International handbook on privatization. Edward Elgar Publishing.

Powell, M. y Miller, R. (2013). Privatizing the English National Health Service: an irregular verb? Journal of Health Politics, Policy and Law, 38(5), 1051-1059. https://doi.org/10.1215/03616878-2334918

Quercioli, C., Messina, G., Basu, S., McKee, M., Nante, N., & Stuckler, D. (2013). The effect of healthcare delivery privatisation on avoidable mortality: Longitudinal cross-regional results from Italy, 1993–2003. Journal of Epidemiology & Community Health, 67(2), 132–138. https://doi.org/10.1136/jech-2012-201175

Real Decreto 1142/2007, de 31 de agosto, por el que se determina la composición y funciones de la Comisión de Formación continuada de las Profesiones Sanitarias y se regula el sistema de acreditación de la formación continuada (2007). BOE núm. 221, de 14 de septiembre de 2007.

Rosembaum, L. (2015). Reconnecting the Dots – Reinterpreting Industry-Physician Relations. The New England Journal of Medicine, 372(19), 1861-1864.
https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMMS1502493

Ruano, A. (2011). El conflicto de intereses económico de las asociaciones profesionales sanitarias con la industria sanitaria (informe monográfico). Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.
https://sespas.es/wp-content/uploads/2011/01/Conflicto_de_Intereses.pdf

Saltman, R. B. (2003). Melting public-private boundaries in European health systems. European Journal of Public Health, 13(1), 24-29.
https://doi.org/10.1093/eurpub/13.1.24

Sánchez Bayle, M. (2014). La privatización de la asistencia sanitaria en España (documento de trabajo 182/2014). Fundación Alternativas.

Sierles, F. S., Brodkey, A. C., Cleary, L. M., McCurdy, F. A., Mintz, M., Frank, J., Lynn, D. J., Chao, J., Morgenstern, B. Z., Shore, W. y Woodard, J. L. (2005). Medical students' exposure to and attitudes about drug company interactions: a national survey. Journal of the American Medical Association, 294(9), 1034-1042.
https://doi.org/10.1001/jama.294.9.1034

Sigüenza, W. y Mariel, P. (2015). Determinantes del seguro médico privado y del uso de urgencias. Revista de Economía Aplicada, 23(68), 5-38.

Sociedad Española de Fertilidad. Registro Nacional de Actividad 2023-Registro SEF: informe estadístico de técnicas de reproducción asistida 2023. Madrid: Sociedad Española de Fertilidad; 2025.

Spielmans, G. I. y Parry, P. I. (2010). From evidence-based medicine to marketing-based medicine: Evidence from internal industry documents. Bioethical Inquiry, 7(1), 13-29. https://doi.org/10.1007/s11673-010-9208-8

The PLoS Medicine Editors. (2009). Ghostwriting: The dirty little secret of medical publishing that just got bigger. PLoS Medicine, 6(9), artículo e1000156. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000156

Titmuss, R. (1958). Essays on the welfare state. Unwin Hyman.

Toffolutti, V., Reeves, A., McKee, M. y Stuckler, D. (2017). Outsourcing cleaning services increases MRSA incidence: Evidence from 126 English acute trusts. Social Science y Medicine, 174, 64-69. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.12.015

Tuohy, C. H., Flood, T. M. y Stabile, M. (2004). How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD nations. Journal of Health Politics, Policy and Law, 29(3), 359-396. https://doi.org/10.1215/03616878-29-3-359

Vainiomäki, M., Helve, O. y Vuorenkoski, L. (2004). A national survey on the effect of pharmaceutical promotion on medical students. Medical Teacher, 26(7), 630-634. https://doi.org/10.1080/01421590400004890

Vera Hernández, A. M. (1999). Duplicate coverage and demand for healthcare: The case of Catalonia. Health Economics, 8(7), 579-598. https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1050(199911)8:7<579::aid-hec478>3.0.co;2-p

Verdú, I. (2020). A la búsqueda del médico bueno: Los conflictos de intereses en las relaciones con la industria farmacéutica. Bioderecho.es, (11). https://doi.org/10.6018/bioderecho.458841

Wazana, A. (2000). Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? Journal of the American Medical Association, 283(3), 373-380. https://doi.org/10.1001/jama.283.3.373

Whitfield, D. (2001). Private finance initiative and public private partnerships: What future for public services? European Services Strategy Unit. https://tinyurl.com/2cljcpn7