Euskadiko osasunaren pribatizazioaren inguruko 20 ideia:

GUZTION OSASUNERAKO ARRISKUA



EHU
Euskal Herriko Unibertsitatea
Universidad del País Vasco

medicusmundi

Euskadiko osasunaren pribatizazioaren inguruko 20 ideia: guztien osasunerako arriskua

Martin U., Urtaran-Laresgoiti M., Bonilla C., Valero E., Cabezas-Rodríguez A. Euskadiko osasunaren pribatizazioaren inguruko 20 ideia: guztien osasunerako arriskua. Bilbo, 2026ko urria.

Online bertsioa hemen kontsulta daiteke: ehu.eus/opik/pribatizazioa-eta-desberdintasunak-euskal-osasun-sistemarako-sarbidean

Erabilera-baimena: Baimena ematen da hura osorik edo zati batean erreproduzitzeko, erabilera ez-komertzialerako, betiere dokumentuari erreferentzia egiten bazaio.

Finantzatzailea: Medicus Mundi Araba, Medicus Mundi Gipuzkoa eta Euskal Herriko Unibertsitatea (EHU).

ISBN: 978-84-09-93316-7
Lege gordailua: LG G 671-2026
Ilustrazioak: A. Elorza Pinedo
Maketazioa: Komunika.eus

EHU
Euskal Herriko Unibertsitatea
Universidad del País Vasco

opik
Osasunaren gizarte-baldintzatzaile eta aldaketa demografikoari buruzko ikerketa-taldea

medicusmundi
álava · araba

medicusmundi
gipuzkoa

Aurkibidea

Sarrera	**4**
Osasunaren pribatizazioa eta horren osasun arriskuak	**6**
1. Zertaz ari gara osasunaren pribatizazioaz ari garenean?	7
2. Zergatik kezkatu behar gaitu osasunaren pribatizazioak? Zeintzuk dira arriskuak?	10
Osasun-sistema publikoa eta hari legitimitatea kentzea: osasunaren pribatizaziorako baldintzak	**15**
3. Euskal biztanleriak zergek finantzatutako kalitatezko osasun-sistema publiko, unibertsala nahi du	16
4. Osasun-sistema publikoaren balioespen eta legitimitatearen okertzea	21
5. Osasun-sistema publikoaren eta haren etorkizunaren gaineko kontakizuna osasunaren pribatizaziorako tresna gisa	24
Osasunaren finantzaketa eta aseguramenduaren pribatizazioa: pribatizazioaren aurpegi okerrena	**29**
6. Osasunaren finantzaketan gastu pribatuaren pisuaren hazkundea: Euskadiko osasunaren pribatizazioaren aurpegirik arriskutsuena	30
7. Euskadik Europar Batasuneko herrialdeen osasun finantzaketaren pribatizazio tasa handienetako bat du	36
8. Osasun-aseguru pribatua duten pertsonen kopuruak gora egin du Euskadin: lautik ia batek du	39
9. Aho-hortzetako osasunerako sarbidea: estaldura publiko eskasak osasuna merkatuaren esku uzten duenean	44
10. Lagundutako ugalketa: estaldura publikoaren baldintzek pribatizazioa errazten dutenean	51
Osasun sistemaren egitura eta baliabideen pribatizazioa	**57**
11. Osasun-sistemaren egitura eta baliabideak publikoak dira hein handi batean oraindik ere	58
Finantzaketa publikoa duen osasun horniduraren pribatizazioa: milioika euro diru publikotik enpresa eta erakunde pribatuetara	**62**
12. Osasun Sailaren sistema konplexua eta ez oso kontrolagarria, aurrekontuaren %7 gutxienez erakunde pribatuetara bideratzen duena (urtean 300 milioi euro baino gehiago)	63
13. Euskadin finantzaketa publikoko osasun asistentziaren horniduraren egiturazko pribatizazioa	66
14. Euskadin osasun-zerbitzuen horniduraren pribatizazioa handia da eta estatuko eskualdeen artean handienetarikoa, batez ere Gipuzkoan	70
15. Enpresa pribatuetara bideratutako osasun-gastu publikoaren erdia baino gehiago osasun-garraioa eta ospitaleetako itunak dira	73
16. Haurdunaldiaren borondatezko etenduren pribatizazio bikoitza, %96 zentro pribatuetan egiten dira	80
Osasun-plangintza, -formakuntza eta -ikerketa: noren esku daude osasun-sistemaren oraina eta etorkizuna?	**83**
17. Gaur egungo eta etorkizuneko osasun-profesionalen prestakuntza, neurri handi batean, enpresa eta interes pribatuen mende dago	84
18. Interes ekonomiko pribatuek eragindako lehentasunak eta emaitzak ikerketan	90
19. Plagintzaren pribatizazioa: osasun-sistemaren etorkizuna eta gidaritza enpresa pribatuen esku	92
20. Euskadiko osasun pribatizazioari buruzko gardentasun handiagoa behar da	94
Erreferentziak	**99**

SARRERA

Osasuna edozein gizakiren oinarrizko eskubidea da. Medicus Mundik badaramatza 50 urte baino gehiago eskubide horren alde egiten, Osasunaren Mundu Erakundeak (OME) 1978. urtean Alma-Atan izenpetutako "Osasuna guztiontzat 2000. urtean" adierazpenaren Adierazpenen ildotik.

Euskadin bizi izan garen ia hirurogei urteetan, beti defendatu izan ditugu Osasun Sistema Publikoak eta, bereziki, Lehen Mailako Arretan oinarritutakoak, ebidentzia baitago horiek direla, alde handiarekin, osasun-emaitza onenak lortzen dituztenak.

Duela zortzi urte, Euskal Herriko Unibertsitateko (EHU) Osasunaren Gizarte Determinatzaile eta Aldaketa Demografikoari buruzko ikerketa taldearekin (OPIK) batera, «OSASUN ESKUBIDEAREN MEHATXUAK EUSKADIN» txostena argitaratu genuen. Bertan adierazten genuen sarbidean dauden desberdintasun sozialak eta pribatizazio prozesuak direla gure lurraldean osasunerako eskubidea bermatzeko arrisku nagusiak.

Gauza asko gertatu dira hortaz geroztik. Besteak beste, osasun-sistema baten josturak erakutsi zituen pandemia bat. Osakidetza - Euskal Osasun Zerbitzua ez zen salbuespena izan, eta COVID-19ak areagotu egin zuen aspalditik eratzen ari zen krisia.

Lehen Mailako Arretako desinbertsioak, ospitalezentrismoak, horrek dakarren farmazia-industriaren eta osasun-teknologiaren mendekotasunak, eta osasun-langileen behar gero eta handiagoen aurreikuspen faltak eredua hondatu dute, bereziki, Lehen Mailako Arreta.

Horren ondorioz, herritarrek osasun-sistemaren funtzionamenduari buruz duten pertzepzioak okerrera egin du. Osakidetza - Euskal Osasun Zerbitzuak bere beharrak betetzen ez dituela uste duten pertsonen ehunekoa %4,4tik %14,7ra igo da 2013 eta 2023 artean.

Horrek bi ondorio zuzen ditu: ihes egitea edo irtenbide indibidualak bilatzea (batez ere osasun aseguru pribatuak kontratatuz), eta sistema publikoa jasangarria edo posiblea ez dela uste izatea. Horrek guztiak oinarri sozial eta ideologikoak eratzen ditu osasun pribatizazioa hazteko eta klase aberatsenek (ahalmen ekonomiko eta eragin politiko handiagoa dutenek) ihes egin eta aseguru pribatuak kontrata ditzaten errazten du, sistema publikoaren deslegitimazioa sortuz. Hala eta guztiz ere, zergen bidez finantzatutako eta estaldura unibertsala duen sistema baten aukera babesten du herritarren %90ak.

Pribatizatzeko aukera gehien dituzten eremuak finantzaketa eta osasun-aseguramendua, osasun-plangintza, zerbitzuen hornidura eta osasun prestakuntza zein ikerketak dira.

Nazioarteko hainbat erakundek eta ikerketa zientifikok ohartarazi dute pribatizazio horrek ekitatezko herritarren osasuna eta osasun sarbidea mehatxatzen dutela, eta datuekin desmuntatzen dute pribatizazioak eraginkortasun eta efizientzia handiagoa duela dioen argudioa: finantzaketa pribatuko ereduak dituzten herrialdeek osasun emaitza okerragoak lortzen dituzte, sarbide oztopo handiagoak dituzte eta familia askoren galbide ekonomikoa eragiten dute.

Ebidentzia horiek kontuan hartuta, badirudi pribatizazioa estrategia integral gisa hartu behar dela, ongizate-estatua (eta haren zerbitzu publikoak) berregituratu nahi duena merkatuaren eta etekin pribatuaren mesedetan.

Euskadin, Osasun Sailak daukan plangintzatze, osasun-asistentziaren hornidura eta osasun ekintzen arduraren zati garrantzitsua enpresa edo entitate pribatuei transferitzeko sistema konplexu eta ez oso gardena sortu dute. Horrek, alde batetik, esku pribatuetara doan inbertsio publikoa dakar, funtzionario publikoek egin ditzaketen lanengatik; eta, bestetik, osasun publikoa arautzen duten planetan logika merkantilistak inposatzea ahalbidetzen du, batzuetan interes-gatazketatik salbuetsita ez dauden irizpideak eremu publikora eramanez.

Aurrekoarekin lotuta, bada bereizi beharreko kontzeptu bat, merkantilizazioa, esparru publikoan merkatu- edo enpresa-irizpideak sartzeari buruzkoa, eraginkortasuna eta efikazia neurtzeko; Merkantilizazioak ez du nahitaez ekartzen funtzioak eta aktiboak sektore publikotik pribatura lekualdatzea, baina pribatizazioa errazten duten baldintza ekonomikoak, ideologikoak eta gizarte-harremanenak sortzen ditu. Horrela, pribatizatu gabeko osasun-sistema publikoen barruan gerta daiteke, osasun-sistema bera merkantilizazio-eragile bihurtuz.

Azterlan honen xedea da informazio kontrastatua eta zientifikoa ematea alderdi horien inguruan, osasun-sistema zehatz bat analizatuz eta ebaluatuz: Euskadikoa. Jorratzen diren dimentsioek ez dute osasun-politika osoa barnebiltzen, beste gai batzuk ere funtsezkoak baitira osasun-sistemaren bilakaerarako. Hala ere, pertsona guztien osasunerako eskubidea bermatuko duen sistema bat garatzeko eta kudeatzeko kontuan hartu beharreko gakoei buruzko eztabaida lasaia, serioa eta zientifikoa sustatzen laguntzea espero dugu. Ezin dugu ahaztu euskal osasun-sistemaren legitimitatea eta iraunkortasuna herritar guztiek —baita ahalmen ekonomiko eta eragin-botere handiagoa dutenek ere— publikoa ondasun komun gisa onartzen, erabiltzen eta babesten jarraitzearen mende daudela. Horrela bakarrik mantendu ahal izango dugu kalitatezko osasun-sistema ekitatiboa. Hori mantentzea erantzukizun kolektiboa da, eta hori egiteko gaitasuna dugu: gure osasun sistema indartzea gure esku dago.

medicusmundi Álava/Araba
medicusmundi Gipuzkoa

Osasunaren pribatizazioa eta horren osasun arriskuak

1 ZERTAZ ARI GARA OSASUNAREN PRIBATIZAZIOAZ ARI GARENEAN?

«Osasunaren pribatizazioa» bai gizartean zein hedabideetan eta bai akademia zein osasun-kudeaketa arloetan presentzia handia daukan terminoa da. Hala ere, zaila da osasunaren pribatizazioaz noiz hitz egin genezakeen jakitea. Osasun-egitura eta -sistemen aniztasunak, osasun-entitateen formula-juridiko eta antolakuntza-formula anitzek, ideologia alderdiek eta baita pribatizazioa multidimentsionala izateak ere definizio argia eta erraza ez izatea eragin dute (Powell eta Miller, 2013).

Konplexutasun hori kontuan hartuta, eta European Observatory on Health Systems and Policy delakoaren arabera, pribatizazio sanitariotzat har daiteke sektore publikotik pribatura transferentzia bat gertatzen denean, dela jabetzarena, dela osasunaren inguruko gobernu funtzioena — finantzaketa, kudeaketaren kontrola edo zerbitzu eta baliabideen hornidura— (André et al., 2016; Mercille eta Murphy, 2017).

Hala, lan honetan entitate pribatuek biztanleriaren osasunarekin lotutako funtzioak, baliabideak edo ardurak beregain hartzeko prozesua «osasunaren pribatizazio» izendatuko dugu, izan administrazio publikoek modu esplizituan transferitzen dizkietelako edo, haiei dagozkien arren, beren gain hartzen ez dituztelako. Definizio horri jarraikiz, transferentzia gertatzen den arloaren edo transferitzen diren eginkizun eta arduren arabera, zenbait pribatizazio modu desberdindu ditugu.

Pribatizatzeko lehen moduak osasunaren finantzaketa eta osasun-aseguramendua hartzen ditu. Lehenik eta behin, finantzaketak osasun-zerbitzuak mantentzeko eta gastuak ordaintzeko dirua eta baliabideak hornitzeko formula desberdinei egiten die erreferentzia. Diru hori administrazio publiko desberdinetatik eratorri daiteke

—Euskadiren kasuan batez ere Eusko Jaurlaritzatik— edo finantzaketa pribatutik. Azken horrek osasun-zerbitzu edo -ondasuna erostean familiek zuzenean egiten duten ordainketan —poltsiko-gastua deitutakoa— edo enpresa pribatuetan bertan izan dezake jatorria. Bigarrenik, osasun-aseguramenduaren pribatizazioak osasun-estalduraren hornitzailearekin zerikusia du, eta osasun-aseguramendu publikoarekin batera beste aseguramendu pribatu modalitateek elkarbizitzen dutenean jazotzen da pribatizazio hori. Aseguramenduaren pribatizazioak zenbait zerbitzu jasotzeko pertsonek mediku-aseguru pribatuak kontratatu behar izatea eragin dezake, eta baita biztanleriaren zati bati estaldura emateko estatuak aseguru-etxe pribatuak finantzatzea ere.

Bigarren pribatizazio-modua osasun-zerbitzuen hornidurari dagokio, hau da, herritarrei osasun-asistentzia emateko erabiltzen diren baliabideak (fisikoak eta giza baliabideak) publikoak edo pribatuak diren. Dimentsio horren barruan garrantzi berezia hartzen du finantzaketa publikoaren hornidura pribatuak, administrazio publikoak osasun zerbitzuak enpresa edo erakunde pribatuekin hitzartzen dituenean, hain zuzen ere. Hau finantzaketa publikoa baina osasun zerbitzuen egikaritzea pribatua denean gertatzen da. Horrela, zerbitzuak zuzenean hitzartzeaz gain, «lankidetza publiko-pribaturako» hainbat modu sortu dira, hala nola ospitaleen kudeaketa pribatua.

Pribatizatzeko hirugarren mota osasuneko profesionalen prestakuntzarekin lotua dago. Pribatizazioa gertatzen da, alde batetik, erakunde pribatuek, hala nola industria farmazeutikoak, aktiboan dauden profesionalen etengabeko prestakuntzaren zati bat zuzentzen, garatzen eta finantzatzen dutenean. Bestalde, nabarmentzekoa da unibertsitate pribatuek etorkizunean osasun-kolektiboaren parte izango direnen prestakuntzan betetzen duten rola.

Laugarren dimentsioa osasun arloko ikerketaren pribatizazioan oinarritzen da. Hori gertatzen da enpresa edo erakunde pribatuek beren gain hartzen dutenean osasunarekin lotutako ikerketaren erantzukizuna, gauzatzea edo finantzaketa.

Bosgarren eta azken dimentsioa osasunaren planifikazioa pribatizatzearekin lotuta dago. Azpikontratazioen bitartez administrazio publikoek osasun-politiken eta -zerbitzuen diseinua, ebaluazioa edo planifikazioa enpresa pribatuen esku uzten dutenean gertatzen da.

«Osasunaren pribatizazioaren» definizioaren banakapen horrek aukera ematen du prozesu hori gure testuinguruan deskribatzeko eta monitorizatzeko, baita beste lurralde batzuekin konparazioak egiteko ere. Hala ere, egile batzuek pribatizazioa estrategia integral sakonagotzat hartzea ezinbestekoa dela azpimarratu dute, hain operatiboak edo zehatzak diren definizio horietatik haratago. Azken finean, kapitalaren interesen arabera ongizate estatua eta zerbitzu publikoak etengabe berregituratzea da horren helburua (Whitfield, 2001).

Era berean, pribatizazioak ez ditu agortzen logika pribatuak osasunaren zaintzan sartzeko dituen modu guztiak. «Merkantilizazio» kontzeptua kontuan hartzea ere komeni da, arlo publikoan efizientzia eta eraginkortasuna neurtzeko merkatu- edo enpresa-irizpideak txertatzeari egiten baitio erreferentzia (de Lara et al., 2015). Horrek ez ditu funtzioak ezta aktiboak sektore publikotik pribatura nahitaez desplazatzen (Saltman, 2003), baina pribatizazioa errazteko bide diren baldintza ekonomikoak eta ideologikoak zein gizarte-harremanak sortzen ditu (Whitfield, 2001). Horrela, osasun-sistema publikoak eragile aktibo bihur daitezke osasunaren zaintzan merkatu-logika txertatzean.

2 ZERGATIK KEZKATU BEHAR GAITU OSASUNAREN PRIBATIZAZIOAK? ZEINTZUK DIRA ARRISKUAK?

Nazioarteko zenbait erakundek eta ikerketa zientifikok ohartarazi dute osasun-sistemaren pribatizazioa mehatxua dela biztanleriaren osasunerako eta sistemarako ekitatezko sarbiderako. Osasun-estalduraren unibertsaltasuna lortzeko sektore publikoak modu publikoan osasuna finantzatzearen eta hornitzearen garrantzia nabarmendu du Osasunaren Mundu Erakundeak (Commission of Social Determinants of Health, 2008).

Arrisku nagusia finantzaketa pribatizatzen denean sortzen da, horrek eragin zuzena eta larria baitu biztanleriaren osasunean eta bizi kalitatean; izan ere, sartzeko oztopoak handitzen ditu eta kolektibo zabalak beharrezko osasun estaldurarik gabe utz ditzake (Farrants et al., 2017). Gainera, ondorio sozioekonomiko larriak dakartza, gaixotasun bat izatea familia pobretzeko arrazoi nagusietako bat izan daitekeelako, osasun sistema oso pribatizatuak dituzten herrialdeetan dokumentatu denaren arabera (Becker et al., 2022; Himmelstein et al., 2005, 2006).

Nazioarteko ikerketen arabera, mendebaldeko herrialdeen artean finantzaketa pribatuko osasun-sistemek pisu handiagoa dutenetan biztanleriaren osasun-adierazle txarragoak dituzte, oro har —hala nola bizi-itxaropen txikiagoa eta osasunaren gizarte-desberdintasun handiagoak— nagusiki finantzaketa publikoa duten osasun-sistemak dituzten herrialdeekin konparatuta. Estatu Batuak eredu paradigmatikoa izan daiteke. Munduko Barne Produktu Gordinik (BPG) handienetarikoa duen herrialdea da eta inguruko herrialdeek baino osasun-gastu handiagoa du, bereziki osasun-gastu pribatua. Hala ere, mediku-asegururik gabeko pertsonen ehunekorik altuenetarikoa du, txarren baloratutako osasun-sistemetako bat da eta bizi-itxaropen txikienetarikoa dauka (Davis et al. 2014; Gottschalk, 2010).

Pribatizazioaren arriskuak ere nabarmenak dira pribatizatzen dena hornidura denean, hau da, osasun sistema publikoak hornitzaile pribatuekin zerbitzuak hitzartzen dituenean. Hainbat luzetarako azterketek erakutsi dutenez, finantzaketa publikoko sistemen barruko hornidura pribatuaren igoera osasuneko emaitza okerragoekin lotzen da, besteak beste, saihestu daitekeen hilkortasun tasa handiagoarekin, ospitaleetako infekzioen hazkundearekin eta langileen ratioen murrizketarekin, asistentziaren kalitatean hobekuntzen ebidentzia sendorik egon gabe (Bedard eta Frech, 2009; Goodair et al., 2021; Goodair eta Reeves, 2022; Toffolutti et al., 2017; Quercioli et al., 2013).

Ebidentzia hori duela gutxi laburtu da The Lancet Public Health aldizkarian argitaratutako berrikuspen batean. Berrikuspen horretan kalitate metodologiko handiko azterlanak aztertu ziren, errenta handiko herrialdeetan osasun-zerbitzuak sistema publikotik kanpo kontratatzeari buruzkoak. Egileek ondorioztatu dutenez, osasun-pribatizazioa, batez ere zerbitzuak kanpora ateratzen dituen ereduen bidez, osasun-adierazle okerragoekin lotzen da behin eta berriz, hala nola saihestu daitekeen heriotza-tasarekin (Goodair eta Reeves, 2024). Espainiako estatuaren kasuan, azterlan batek «Alzira eredua» deiturikoaren konparaziozko ebaluazioa egin zuen, itunpeko hornidura sistema dena, eta erakutsi zuen ez zegoela kudeaketa pribatuari egotz zekiokeen egiturazko abantailarik. Gainera, eredu horrek kudeaketa publikoko ospitaleek baino emaitza txarragoak izan zituen adierazle garrantzitsu batzuetan, hala nola miokardioko infartu akutuak edo iktusak eragindako hilkortasunean, bai eta saihestu daitezkeen ospitaleratzeetan ere (Comendeiro-Maaløe et al., 2019). Erakunde pribatuekin zerbitzuak hitzartzearen arriskuak ez dira osasun-zerbitzuekin bakarrik gertatzen, baita zerbitzu ez-sanitarioak kanpora ateratzearekin ere. Erresuma Batuko Osasun Sistema Nazionalak (NHS, ingelesezko siglengatik) egindako ikerketa bat horren adibide da. Ospitale akutuen garbiketa pribatizatzearekin batera gaixoek zerbitzua txarrago baloratzen zutela, zerbitzua hondatzen zela eta ospitaleko gaixotasunen agerraldiak eta infekzioak areagotzen zirela erakutsi zuen (Toffolutti et al., 2017).

Pribatizazioak eraginkortasun ekonomikoan dituen ondorioei dagokienez, eskura dagoen ebidentzia enpirikoak zalantzan jartzen du hornidura pribatua publikoa baino eraginkorragoa delako uste hedatua (Bortolotti eta Milella, 2008; Kruse et al., 2018). Hainbat azterlanek erakutsi dute pribatizazio-prozesuei lotutako eraginkortasun-irabaziak, itxuraz, lan-kostuak murriztuz, langile-ratioak murriztuz eta jarduera edo paziente errentagarriagoak hautatuz lortu ohi direla, asistentzia-kalitate handiagoa ekarriko duten antolaketa-hobekuntzei esker baino gehiago (Goodair eta Reeves, 2024; Parker eta Saal, 2003).

Prozesu horietan deskribatutako langileen murrizketa asistentzia-kargaren murrizketa baliokiderik gabe gertatu ohi da, eta horrek arrisku zuzenak sortzen ditu pazientearen arretaren kalitaterako eta segurtasunerako. Era berean, paziente errentagarrienen hautaketak esan nahi du eskuragarritasunaren segmentazio progresiboa eta kasu konplexuenak sektore publikora eramatea (Goodair eta Reeves, 2024).

Ildo horretan, literaturak adierazten du osasunaren pribatizazio prozesuek berekin ekar dezaketela langile sanitarioen lan baldintzak okertzea, erabiltzaileak gutxiago babestea eta emandako zerbitzuen kalitatea txarragoa izatea, eta horrek zalantzan jartzen du epe ertain eta luzera «efizientzia» horien jasangarritasuna. Izan ere, Ekonomia Lankidetza eta Garapenerako Antolakundeko (ELGA) 38 herrialdetako konparazio-azterketa batek ez zuen ebidentziarik aurkitu pribatizazioa efizientzia-maila handiagoekin lotzen denik esateko; aitzitik, azterlanak erakusten du efizientzia osasun-jardueraren adierazle zabaletatik abiatuta ebaluatzen denean, finantzaketa publikoaren parte-hartze handiena duten sistemak eraginkorragoak izateko joera dutela (Molander, 2025). Gainera, ebidentziak iradokitzen du pribatizazioak kostuak murriztu ditzakeela epe laburrean, ahalmen publikoaren narriadura progresiboaren kontura, osasun sistemaren jasangarritasuna eta itzulgarritasuna zailduz (Goodair eta Reeves, 2024).

Azkenik, pribatizazioak arrisku garrantzitsuak dakartza gobernantzari dagokionez, gardentasuna eta kontrol publikorako mekanismoak ahultzen baititu. Europako Batzordeak ohartarazi bezala, osasun arloan onura pertsonaleko pizgarriak sartzeak sistema usteltzeko eta atzemateko aukerak areagotzen ditu, bereziki kontratazio konplexuko eta gainbegiratze mugatuko testuinguruetan (Europako Batzordea: Migrazio eta Barne Gaietarako Zuzendaritza Nagusia & ECORYS, 2013).

Pribatizazioak sistema publikoaren iraunkortasuna ez du hobetzen eta, gainera, mehatxatu ere egin dezake. Lehenik eta behin, baliabideen galera ekartzen du. Esate baterako, Espainiako estatuan gertatzen den bezala, osasun aseguru pribatua kontratatzeak onura fiskalak dituenean, edota osasun sistema pribatua zergetatik salbuetsita geratzen denean, hala nola BEZetik, zerga-bilketan galera handiak gertatzen dira eta, hortaz, osasun-gastu publikoak eta horren iraunkortasunak ere eraginak pairatzen dituzte. Horrez gain, osasun publikoa arindu eta dirua aurrezten dutela argudiatuta, osasun sistema pribatuek sistema publikoaren iraunkortasunean eragin positiboa duten ideia hain hedatua ez dirudi egia denik. Ez dugu aurkitu eragin hori frogatzen ezta kuantifikatzen duen ikerketarik. Are gehiago, Katalunian aseguramendu bikoitza zeukaten pertsonen jokaera aztertu zuen ikerketa baten ondorioen arabera, pertsona horiek soilik aseguramendu publikoa zutenek baino

baliabide publiko gehiago kontsumitzen zituzten (Vera-Hernández, 1999). Gainera, sektore pribatuaren eta publikoaren baterako existentziak aukerak baliabideak ken diezazkioke sektore publikoari edo sorrarazi itxaron-zerrendak handituko dituzten pizgarriak. 2004an Journal of Health Politics, Policy and Law aldizkarian argitaratutako berrikuspen batek (Tuohy et al., 2004) ondorioztatu zuen sektore pribatu paraleloak zituzten herrialdeetan sektore publikoko itxaron-zerrendak eta -denborak luzeagoak zirela.

Ildo horretan, osasun sektore pribatuaren hedapenak gehiegizko medikalizaziorako arrisku handia dakar. Fenomeno horrek ondorio garrantzitsuak ditu bai biztanleriaren osasunean, bai osasun-gastu orokorrean. Ospitale pribatuek finantza-pizgarrien eragin handiagoa izaten dutela frogatu dute Europa mailako berrikuspen sistematikoek, eta hori proba diagnostiko gehiago egitearekin eta gehiegizko medikalizazioa egoteko joera handiagoarekin zuzenean lotuta dago (Kruse et al., 2018; Pan et al., 2023). Deanek (2015) dioen bezala, medikuntza negozio bihurtzen denean, profesionalek onura ekonomikoan oinarritutako erabakiak hartzeko joera izan dezakete, eta ez gaixoen benetako premian oinarritutakoak. Dinamika horrek osasun-asistentzia gehiegi erabiltzea eragiten du, eta bizitzaren medikalizazio gero eta handiagoa bultzatzen du. Gainera, horrek guztiak eragina du osasun-sistema publikoan, areagotu egiten baitu herritarrek proba eta tratamendu gehiago egiteko ezartzen duten presioa eta eskaria.

Bigarrenik, finantzaketaren eta osasun-aseguramenduaren pribatizazioak klase gailenek sistema publikotik pribatura ihes egitea eragiten du. Klase abantailatsuenek osasun sistema publikoa erabiltzeari uzten badiote, sistema horrek hondatzera joko du, horiek baitute botere handiena kalitatezko sistema sendo bat mantentzea exijitzeko. Prozesu hori sistema publikoaren iraunkortasunerako mehatxu handienetako bat da.

Aurrekoa bezain larria izan ez arren, osasun-langileen prestakuntzaren pribatizazioak biztanleriarengan osasun-arriskuak eragiten ditu. Zenbait artikulu zientifikoren arabera, farmazia-industriako praktika batzuen ondorioz ebidentzia zientifikoan gutxiago oinarritzen den medikuntza praktika gerta daiteke (Spielmans eta Parry, 2010; The Plos Medicine Editors, 2009), interes-gatazka dela eta (Ruano, 2011).

Graduetan, graduondokoetan eta ibilbide profesionalean zehar dagoen osasun-prestakuntzan farmazia-industria presente egoteak haren independentzia eta objektibotasuna zalantzan jartzen du (Council on Ethical and Judicial Affairs, 2010) eta lan-praktikan eragina izan dezake. Nazioko eta nazioarteko zenbait ikerketek deskribatu dute medikuntza ikasleek eta mediku egoiliarrek farmazia-industriaren

promozio-jarduerekiko duten esposizioa (Calderón eta Rabanaque, 2014; Martín-Aranda et al., 2007; Vainiomäki et al.,2004). Ikerketa baten arabera, ikasleek farmazia-industriaren presentziak haien preskripzioetan eraginik ez duela uste duten arren, ikaskideengan eragin hori ikusten dute (Calderón eta Rabanaque, 2014; Sierles et al., 2005).

Etengabeko prestakuntzari dagokionez, industriak finantzatutako prestakuntza-proiektuek gai-sorta txikiagoa jorratu ohi dutela deskribatu dute: terapia farmakologikoetara bideratzen dira gehienbat eta konpainiaren produktuak modu onuragarriagoan lantzen dituzte (Bowman, 1986; Wazana, 2000). Langile parte-hartzaileen preskripzioetan programa horiek duten eragina ere frogatu egin dute (Bowman eta Pearle, 1988; Orlowski eta Wateska, 1992; Wazana, 2000) eta argi geratu da ebidentzian oinarritutako preskripzioen inguruko ezagutza txikiagoa (Austad et al., 2014; Fugh-Berman, 2021) eta marketinerako joera handiagoa dutela (Austad et al., 2011). Orobat, preskripzioen eta sendagaien erabileraren joeran eragiteko industriak dituen bestelako moduak, zeharkakoak eta alternatiboak, deskribatu dituzte, esaterako, ikertzaile, argitaletxe eta erakunde zientifikoen bitartez (Verdú, 2020). Prestakuntzaren pribatizazioak lotura dauka unibertsitate pribatuek eskaintzen dituzten gero eta osasun prestakuntza gehiagorekin. Egoerak titulazio horietan pertsonen maila sozioekonomikoaren araberako sarbide-traba garrantzitsua sortzen du, eta beraz, lagunduko duten gizartearen profiletik urrunago dagoen osasun-langile taldea sortzen da.

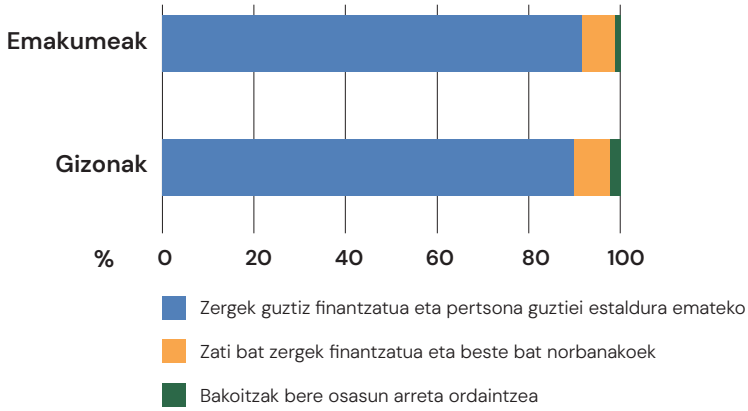
Azkenik, ikerketaren pribatizazioa farmazia-multinazionalen rol adierazgarriarekin lotuta dago, hein handi batean haiek finantzatzen dutelako (Altisent, 2003). Industria honen presentziak ikerketa argi eta garbi osasuna eta gizarte-ongizatea hobetzera bideratuta ez egotea eragin dezake, enpresa-helburuak medio. Aurrekoari gehituta, enpresa pribatuek biztanleriaren osasunari buruzko datu genetikoak eta beste informazio sentikor batzuk eskuratzeko aukera izango lukete, eta horrek, datu pertsonalen babes faltari lotutako arazo etikoak eragiteaz gain, informazio hori bidegabeki ustiatzeko atea ireki lezake; adibidez, datu horietatik sortutako profil genetikoen sorkuntzan oinarritutako hainbat eremutako diskriminazio mekanismoen bidez.

Osasun-sistema publikoa eta hari legitimitatea kentzea: osasunaren pribatizaziorako baldintzak

3 EUSKAL BIZTANLERIAK ZERGEK FINANTZATUTAKO KALITATEZKO OSASUN-SISTEMA PUBLIKO, UNIBERTSALA NAHI DU

Euskadin ia erabatekoa da zergen bidez finantzatutako eta estaldura unibertsala duen osasungintza-sistema publiko baten aldeko adostasun soziala. 10 pertsonatik 9k baino gehiagok (%93k) uste dute osasungintza publikoko sistemak biztanleria osoa estali behar duela, ezaugarriak edo sistemari egiten dion ekarpena kontuan hartu gabe. %1ek bakarrik uste du banaka finantzatu beharko litzatekeela, eta %6k bitarteko eredu bat proposatzen du, zergak eta ekarpen indibiduala konbinatuz (1. grafikoa).

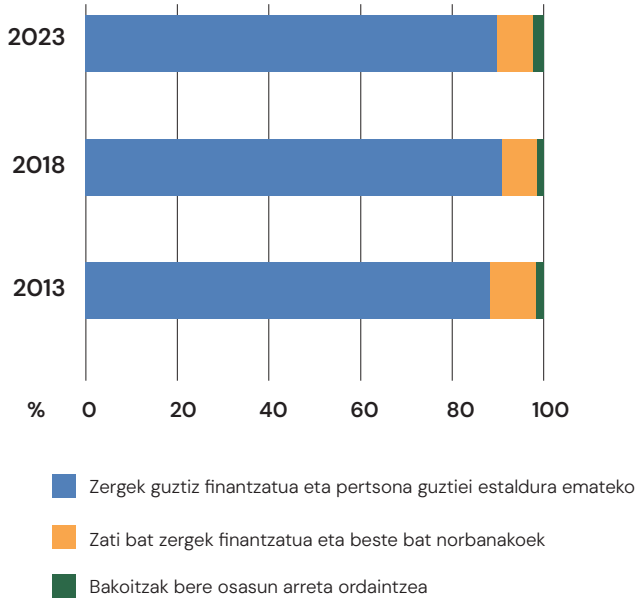
1. grafikoa. Osasun-asistentzia finantzatzeko etorkizunean erabili beharko litzatekeen moduari buruzko iritzia sexuaren arabera. Euskadi, 2023.



Iturria: *Egileek egina, 2023ko Euskadiko Osasun Inkestan oinarrituta.*

Zergekin finantzatutako eta estaldura unibertsaleko sistemaren aldeko erabateko apustua denbora igaro ahala gutxi aldatu da. 2013 eta 2023 artean, zergen bidez finantzatutako sistema unibertsal baten aldekoen ehunekoa ehuneko-puntu bat baino gehiago igo zen, %91,5etik %92,8ra (2. grafikoa).

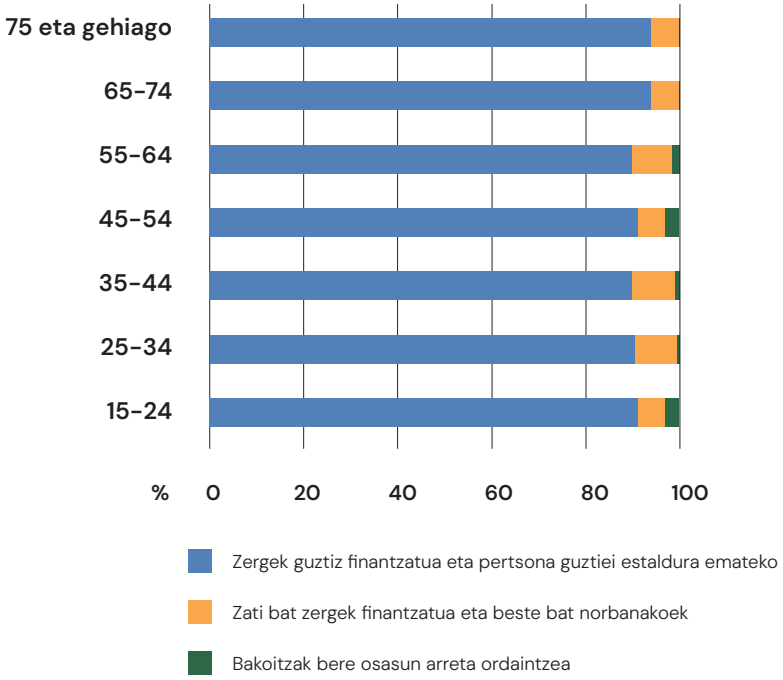
2. grafikoa. ***Osasun-asistentzia finantzatzeko etorkizunean erabili beharko litzatekeen moduari buruzko iritziaren bilakaera. Euskadi, 2013-2023.***



Iturria: *Egileek egina, Euskadiko zenbait ediziotako Osasun Inkesta oinarri hartuta.*

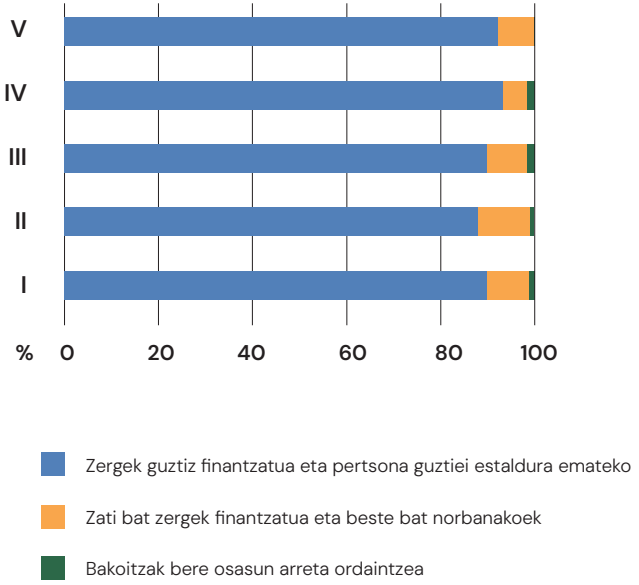
Zergen bitartez osasun publikoa finantzatzearen inguruko adostasuna adin (3. grafikoa) eta gizarte klase (4. grafikoa) guztiek azaltzen dute. Adin-talde guztietan, %90ek baino gehiagok defendatzen dute osasuna zergekin finantzatzea —ehuneko hori %95era igotzen da 65 urtetik gorakoen artean—, eta gauza bera gertatzen da gizarte klaseekin.

3. grafikoa. ***Osasun-asistentzia finantzatzeko etorkizunean erabili beharko litzatekeen moduari buruzko iritziaren adinaren araberako bilakaera. Euskadi, 2023.***



Iturria*: Egileek egina, 2023ko Euskadiko Osasun Inkesta oinarri hartuta.*

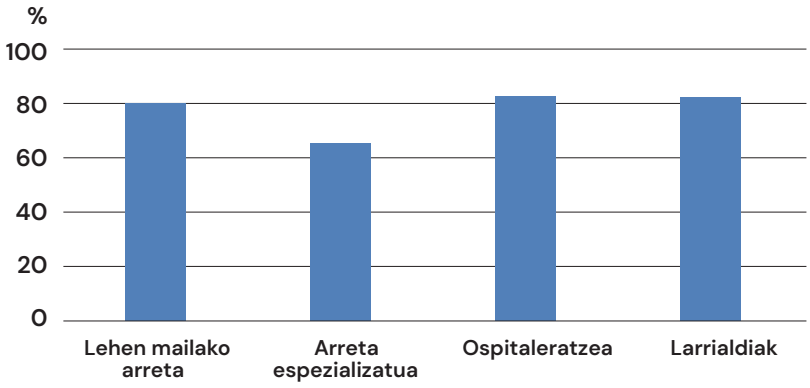
4. grafikoa. ***Osasun-asistentzia finantzatzeko etorkizunean erabili beharko litzatekeen moduari buruzko iritziaren gizarte klasearen araberako bilakaera (I aberatsena eta V pobreena). Euskadi, 2023.***



Iturria: *Egileek egina, 2023ko Euskadiko Osasun Inkesta oinarri hartuta.*

Osasun-laguntza jasotzen den lekuari dagokionez —osasun-zentro publiko batean edo pribatu batean—, emaitzek erakusten dute, zerbitzu mota edozein dela ere, gehienek nahiago luketela osasun-zentro publiko batean artatua izan, batez ere ospitalizazio bat balitz. Zehazki, inkestatutako pertsonen %80k baino gehiagok aukeratuko luke ospitalizazioa edo larrialdiko arreta ematea osasun-zentro publiko batean. Antzeko ehunekoa jasotzen da lehen mailako arretaren kasuan, eta zifra zertxobait jaisten da arreta espezializatuaren kasuan, non pertsonen %64 inguruk nahiago izango lukeen osasun zentro publiko batera joan (5. grafikoa).

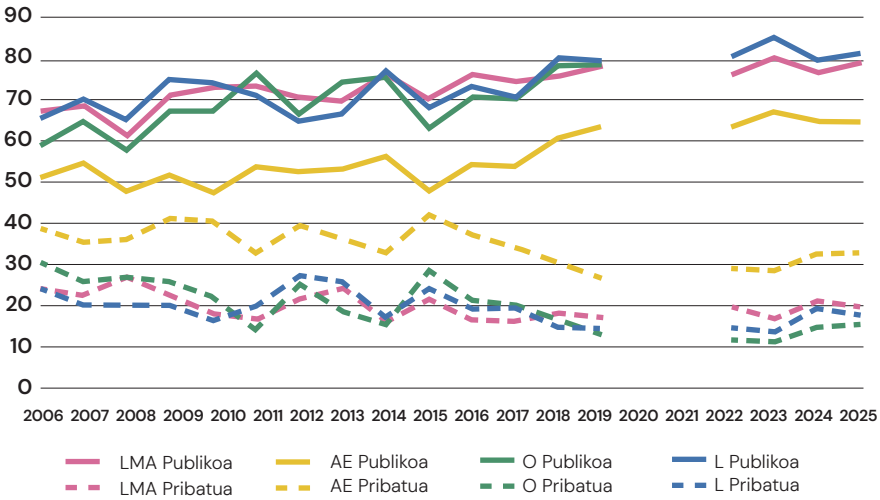
5. grafikoa. ***Zenbait osasun-zerbitzurako osasun-zentro publiko batera joatea nahiago duten pertsonen ehunekoa. Euskadi, 2025.***



Iturria: *Egileek egina, Osasun Ministerioaren Osasun Barometroa oinarri hartuta.*

Azken urteetan, zentro publikoen aldeko lehentasun ehunekoak konstante mantendu dira oro har. Goranzko joera txikia ere izan zuten arren, 2023tik 2024ra pixka bat jaitsi ziren (6. grafikoa).

6. grafikoa. ***Zenbait osasun-zerbitzurako osasun-zentro publiko batera edo osasun-zentro pribatu batera joatea nahiago duten pertsonen ehunekoa. Lehen Mailako Arreta (LMA), Arreta Espezializatua (AE), Ospitalizazioa (O), larrialdiak (L). Euskadi, 2006-2025*.***



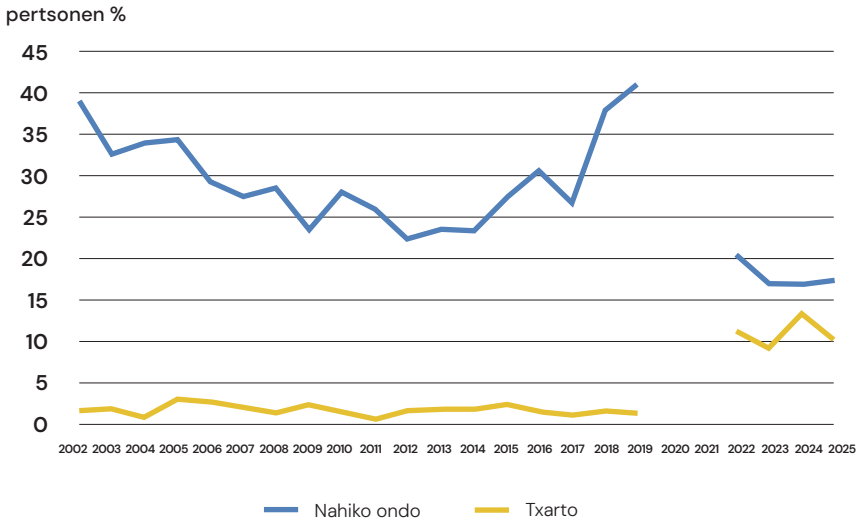
Iturria*: Egileek egina, Osasun Ministerioaren Osasun Barometroa oinarri hartuta.*
**2020 eta 2021 urteetan ez zuten barometroa egin.*

4 OSASUN-SISTEMA PUBLIKOAREN BALIOESPEN ETA LEGITIMITATEAREN OKERTZEA

Aurreko atalean aipatu dugu osasun-sistema publikoak legitimitate handia duela euskal herritarren artean. Hala ere, azken urteotan, biztanleriak horri buruz duen pertzepzioak okerrera egin du. 2009-2019 urte bitartean balorazioa nabarmen hobetu bazen ere, 2022-2025 artean nabarmen jaitsi zen. Zehazki, 2019an, biztanleen %42,8k uste zuen osasun zerbitzu publikoak nahiko ondo funtzionatzen zuela, eta 2025ean, berriz, ehuneko hori %18koa baino ez zen izan. Azken tarte horretan, biztanleriaren %10,4k adierazi zuen sistemak txarto funtzionatzen zuela, 2019an, berriz, %2,3k. Eskuragarri dauden azken urtetako datuek aztertutako aldi osoko baloraziorik txarrena aurkezten dute (7. grafikoa).



7. grafikoa. ***Osasun-sistema publikoa «orokorrean nahiko ondo» dabilela eta «txarto [dabilela] eta aldaketa sakonak behar ditu[ela]» uste duten pertsonen ehunekoaren bilakaera. Euskadi, 2002-2025*.***

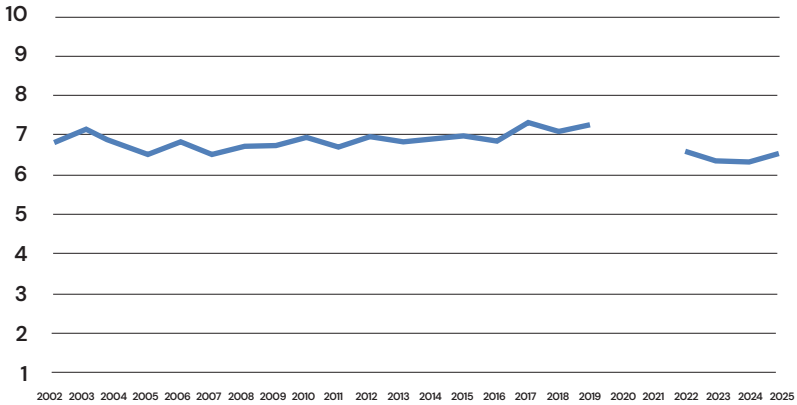


Iturria*: Egileek egina, Osasun Ministerioaren Osasun Barometroa oinarri hartuta.*

Oharra*: Ehunekoen batura ez da 100 beste erantzun kategoriak daudelako: «aldaketa batzuk beharrezkoak izan arren, ondo dabil» eta «gauza batzuk dabiltzan arren, egiturazko aldaketak behar ditu».*
**2020 eta 2021 urteetan ez zuten barometroa egin.*

Indar txikiagoarekin bada ere, osasun-sistema publikoarekin asebetetzeak ere azken urteetan txarrera egin du. Hala, joera egonkorra izan ostean, 2024an sistema publikoaren batezbesteko balorazioa 2019an baino puntu bat baxuagoa da, nahiz eta 2025ean asebetetzearen batez besteko balorazioa 6,54 puntutakoa izatera iritsi (8. grafikoa).

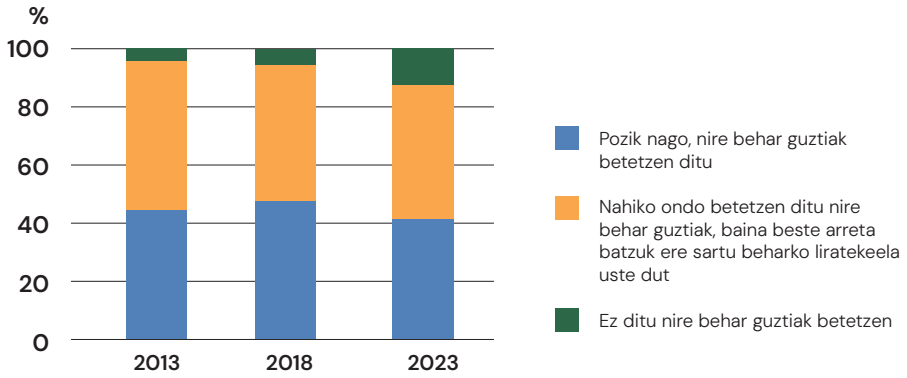
8. grafikoa. ***Osasun-sistema publikoarekiko gogobetetze-mailaren bilakaera, 1etik 10era neurtuta: 1 oso txikia eta 10 oso handia. Euskadi, 2002-2025*.***



Iturria: *Egileek egina, Osasun Ministerioaren Osasun Barometroa oinarri hartuta.*
**2020 eta 2021 urteetan ez zuten barometroa egin.*

Osasun-sistema publikoak biztanleriaren osasun beharrei erantzuteko daukan ahalmenaren pertzepzioak ere urte horietan txarrera egin du. 2013tik 2023ra Osakidetza - Euskal Osasun Zerbitzuak haien osasun beharrak asetzen ez zituela uste zuten pertsonen ehunekoa biztanleriaren %4,4tik %14,7ra igaro zen. Hazkunde hori batez ere 2018 eta 2023 bitartean eman zen (9. grafikoa).

9. grafikoa. ***Osakidetzak norberaren osasun beharrak asetzearen inguruko iritziaren bilakaera. Euskadi, 2013-2023.***



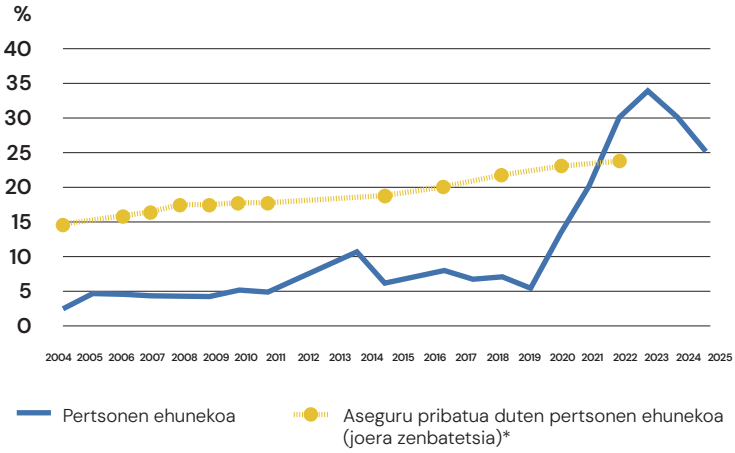
Iturria: *Egileek egina, 2013 eta 2023 urteen arteko Euskadiko Osasun Inkestak oinarri hartuta.*

5 OSASUN-SISTEMA PUBLIKOAREN ETA HAREN ETORKIZUNAREN GAINEKO KONTAKIZUNA OSASUNAREN PRIBATIZAZIORAKO TRESNA GISA

Euskadiko osasun-sistema publikoaren okertzeari buruzko pertzepzio gero eta handiagoak eragin du osasuna gizarte-kezka handieneko gaietako bat bihurtzea. Eusko Jaurlaritzak egindako soziometroen datuek adierazten dute osasuna erkidegoko hiru arazo garrantzitsuenetakoen artean kokatzen duen biztanleriaren ehunekoa nabarmen handitu dela: 2019an %7 baino gutxiago zen, eta 2024an, berriz, %34koa izatera iritsi zen (10. Grafikoa).

Hainbat azterlanek erakutsi dute sistema publikoaren kalitatea balioesteak eta osasuna arazotzat hartzeak zerikusia duela osasun-aseguru pribatuak kontratatzearekin (Costa-Font eta Jofre-Bonet, 2008; Sigüenza eta Mariel, 2015). Euskadin, 10. grafikoak erakusten du aseguru pribatua duten pertsonen ehunekoak gora egin duela azken urteetan, eta aukera ematen du hipotesi hau planteatzeko: litekeena da igoera hori osasun-zerbitzu publikoarekiko kezka handitzeak bultzatu izana.

10. grafikoa. ***Euskadiko hiru arazo nagusien artean Osasun-sistema, Euskal Osasun Zerbitzua – Osakidetza, Gizarte Segurantza edo Osasuna aipatzen dituzten pertsonen ehunekoa (ezkerreko ardatz urdina) eta osasun aseguru pribatua duten pertsonen ehunekoa (eskumako ardatz laranja ez jarraia). Euskadi, 2004-2026.***



Iturria: *Egileek egina, Soziometroak oinarri hartuta. Eusko Jaurlaritza eta Eustat, 2004-2026.*
**Aseguru pribatua duten pertsonen ehunekoari dagokionez, eskuragarri dauden azken datuak 2023koak dira.*

Osasun-sistema publikoaren kalitateak okerrera egiten duenaren inguruko pertzepzioak eta arazo bat dela uste izateak bi ondorio zuzen eragiten ditu:

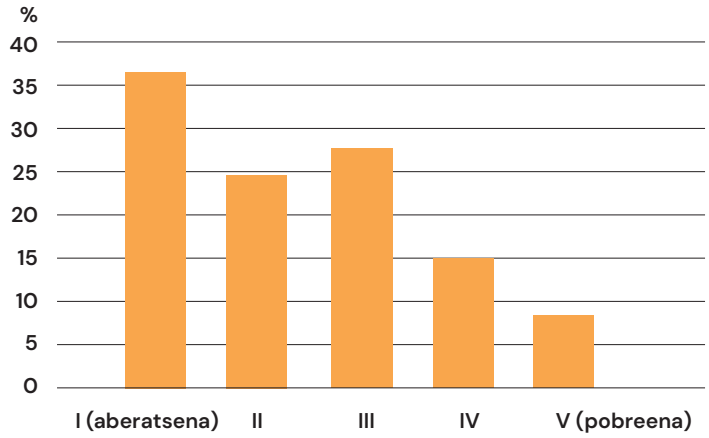
- **Banakako ihesa:** herritarrak irtenbide pribatuak bilatzera bultzatzen ditu, hala nola osasun aseguruak kontratatzera, eta horrek are gehiago ahultzen du sistema publikoaren oinarri soziala eta ekonomikoa.
- **Pribatizazioa justifikatzea:** pribatizazio sanitarioaren hedapena ahalbidetzen duten oinarri sozial eta ideologikoak eratzen ditu.

Sistema publikoa uztea eta pribatura ihes egitea, lehenik eta behin, klase gailenek egiten dute, kontratazio-gastuak ordaintzeko erosahalmena baitute. 11. grafikoak agerian uzten du, klase sozialak gora egin ahala, aseguramendu bikoitza duten pertsonen ehunekoak gora egiten duela; izan ere, %7,7 egiten du gora klase baxuenetan eta %35 posizio sozioekonomiko handiena duten klasekoen artean. Klase abantailatsuenen ihes egite horrek are eragin handiagoa du sistemaren zilegitasun eta iraunkortasunean, izan ere, esan bezala, klase altuenak dira, kalitatezko sistema mantentzeko presio gaitasun handiena dutenak.

Politika publikoetan asko erabiltzen den esaldi bat Richard Titmuss-i (1958) egozten zaio, zeinaren arabera, pobreentzako sistema azkenean sistema pobrea bihurtzen den. Hau da, osasun-sistema publikoa beste aukerarik ordaindu ezin dutenentzako baliabidea baino ez bada bihurtzen, hondatzeko eta kalitatea, finantzaketa, ospe ona eta gizartearen laguntza galtzeko joera izango du, sistema eskasa bihurtuz. Kalitatezko osasun-sistema sendo, ekitatibo eta iraunkor bat izatearen gakoa biztanleria osoak erabiltzea da, batez ere erosahalmen eta gizarte-botere handiagoa dutenek, ongi mantentzeko intzidentzia-ahalmen handiagoa daukatelako.

Hau da, osasun-sistemari buruzko pertzepzio negatiboaren igoera horrek ondorio larriak ditu haren iraunkortasun sozial eta ekonomikorako, bai gaur egun, bai etorkizunean, aurreko atalean deskribatutako gizarte-adostasun zabalaren oinarrietan eragiten baitu.

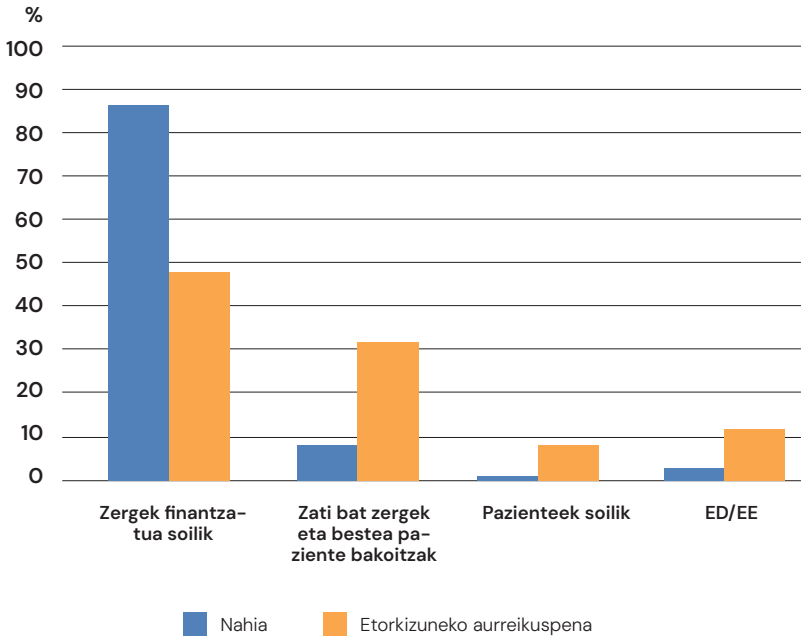
11. grafikoa. ***Osasun asegurua dutenen ehunekoa gizarte klasearen arabera. Euskadi, 2023.***



Iturria: *Egileek egina, 2023ko Euskadiko Osasun Inkesta oinarri hartuta.*

Narratiba honen eragina oso garrantzitsua da eta bere ondorioak oso esanguratsuak. Hain da horrela, ezen etorkizunean osasun-sistema nolakoa izango den ulertzeko modua alda baitezake. 12. grafikoan ikus daitekeenez, pertsonen %90ak baino gehiagok uste du etorkizuneko euskal osasun-sistemak publikoa, zergen bidez finantzatua eta estaldura unibertsalekoa izan behar duela. Hala ere, %46k soilik adierazten du hori izango dela Euskadiko osasun-arretaren eredua datozen bi hamarkadetan (12. grafikoa).

12. grafikoa. ***Osasun-asistentzia finantzatzeko etorkizunean erabili beharko litzatekeen moduari eta 20 urtetan Euskadiko asistentzia-ereduari buruzko iritzia. Euskadi, 2019.***



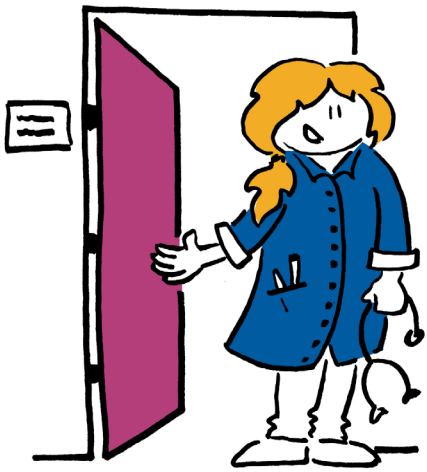
Iturria: *Egileek egina, Ikuskerak 12, Eusko Jaurlaritzaren datuak oinarri hartuta (2020).*

Baliteke nahia eta aurreikuspenaren arteko alde hori sistemaren mehatxu handienetarikoa izatea, izan ere, iraunkortasun ezaren kontakizuna hain barruraino sartuta dago, harik eta desiragarria dena egingarri ikusten ez den.

Baina, zergatik susmatzen dugu etorkizunean ez dela posible izango nahiko genukeen sistema eredua?

Osasun-sistemaren kalitateari buruzko pertzepzio negatiboaz eta aipatu ditugun ondorioez gain, herritarrek nahi duten osasun-sistemaren ereduaren eta azkenean gauzatuko denaren arteko arrakala hori ulertzeko gakoetako bat da interes ekonomiko eta politiko desberdinek sortu dutela osasun-sistema publikoaren aurkako kontakizun

bat. Kontakizun honetan erabilii izan da egoera demografikoa. Hala, azken hamarkadetan, biztanleriaren zahartzea mehatxu ia natural eta saihestezin gisa aurkeztu da behin eta berriz, osasun-sistema publikoaren etorkizuneko bideragarritasunerako; izan ere, biztanleria zahartuagoari lotutako osasun-gastua handitzeak ezinezkoa egingo du ezagutzen dugun bezala zergekin finantzatutako eredu unibertsalari eustea. Hala ere, ebidentzia enpirikoak erakutsi duenez (Martin, 2019), diagnostiko horrek nabarmen sinplifikatzen eta desitxuratzen du demografiaren, gastu sanitarioaren eta sistemaren jasangarritasunaren arteko harremana. Zehazki, frogatu da zahartze demografikoak osasun-gastuaren hazkundearen zati minoritario bat baino ez duela azaltzen, eta praktika klinikoaren aldaketak, berrikuntza teknologikoa, zerbitzuen antolaketa eta osasun-arretaren merkantilizazio-prozesuak bezalako faktoreek askoz pisu handiagoa dutela haren bilakaeran. Zahartzea, eta oro har demografia, argudio tekniko, neutral eta objektibo gisa erabiltzen dira, eztabaida erabaki politikoen eremutik ustezko halabehar demografiko batera eramateko. Diskurtso mota horrek sistema publikoaren etorkizunarekiko konfiantza higatzen duen saihestezintasunaren pertzepzioa sortzen laguntzen du, eta eredu desiragarria bideragarria ez delako ideia normalizatzen du. Horrela, irtenbide pribatizatzaileen onarpen sozialerako eremua prestatzen du, eta konponbide pribatizatzaile horiek irtenbide posible bakartzat aurkezten dira, datuetatik baino gehiago kontakizunetik eraikitako jasangarritasun ezaren aurrean (Martin, 2019).



Osasunaren finantzaketa eta asegura-menduaren pribatizazioa: pribatizazioaren aurpegi okerrena

6 OSASUNAREN FINANTZAKETAN GASTU PRIBATUAREN PISUAREN HAZKUNDEA: EUSKADIKO OSASUNAREN PRIBATIZAZIOAREN AURPEGIRIK ARRISKUTSUENA

Argitalpen honen hasieran azpimarratu den bezala, osasunaren finantzaketa osasun-zerbitzuak mantentzeko eta gastu horiek ordaintzeko beharrezko dirua eta baliabideen iturria da. Gure testuinguruan, gastu hori iturri publikoetatik, batez ere Eusko Jaurlaritzatik, edo finantzaketa-iturri pribatuetatik —familien edo enpresa pribatuen poltsiko-gastutik— eratorri daiteke. Argitalpen honen bigarren puntuan jaso eta garatu bezala, pribatizazioaren dimentsio horrek biztanleriaren osasunean ondorio arriskutsuenak ditu.

2023an Euskadin osasunaren finantzaketaren %30,5 iturri pribatuetatik eratorria izan zen, %69,5, aldiz, iturri publikoetatik. Finantzaketa pribatuaren osotasunaren zatirik handiena poltsiko-gastuan, hau da, familien zuzeneko ordainketan, izan zuen jatorria. Zehazki, osasun-finantzaketa osoaren %25,2 izan zen eta finantzaketa pribatuaren %82,4. Gastu pribatuaren gainerako ia %18tik, gehienak borondatezko osasun-aseguru pribatuetatik etorri ziren, hau da, osasun-gastu osoaren %16,5. Horrek suposatzen du osasunean egindako guztizko gastuaren %5 (1. taula).

1. taula. ***Osasun-gastua, finantzaketa-motaren arabera. Euskadi, 2023.***

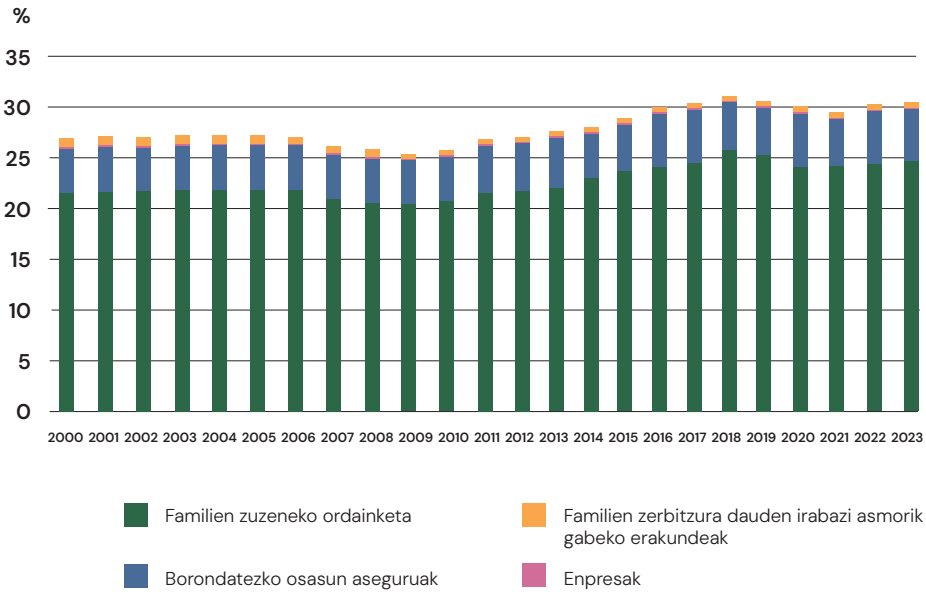
	Mila €	Osasun gastuaren %	Finantzaketa motaren %*
Finantzaketa publikoa	**5.944.151**	**69,49**	**100**
Administrazio publikoak (zerga orokorrekin finantzatua)	5.833.329	68,19	98,14
Derrigorrezko osasun aseguruak (laneko mutualitateen eta funtzionarioen mutualitateen derrigorrezko kotizazioak)	110.822	1,30	1,86
Finantzaketa pribatua	**2.610.062**	**30,51**	**100**
Familien zuzeneko ordainketak	2.151.564	25,15	82,43
Borondatezko osasun aseguru pribatuak	430.295	5,03	16,49
Familien zerbitzura dauden irabazi asmorik gabeko erakundeak (IPSFLSH, gazteleraz) (GKE, gaixoen elkarteak, irabazi asmorik gabeko ospitaleak eta irabazi asmorik gabeko bestelako erakundeak)	2.368	0,03	0,09
Enpresak (enpresak haien langileentzako kontratatutako zerbitzuak eta osasun-programak)	23.523	0,27	0,90
Osasun-gastua, guztira	**8.554.213**	**100,00**	

Iturria: *Egileek egina, Eustat oinarri hartuta. Osasunaren kontua.*

** Bi hamartarrera biribildutako balioak.*

Azken hogei urteetan, gastu osoan finantzaketa pribatuaren pisuak 3,3 ehuneko-puntutan (%12,1) egin zuen gora, %27,6tik %30,5era igaro zen 2003tik 2023ra, hurrenez hurren (13. grafikoa).

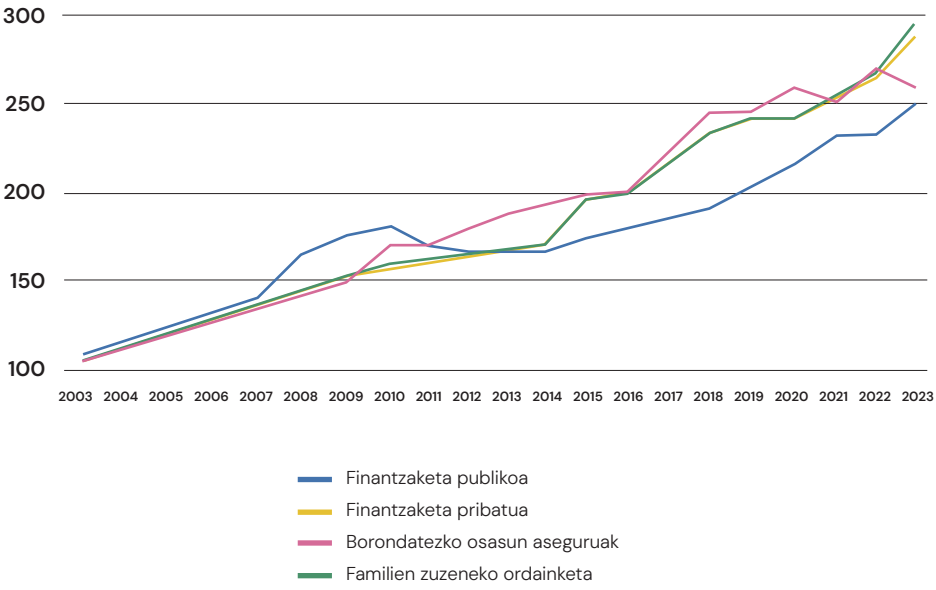
13. grafikoa. ***Osasunaren finantzaketa osoan gastu pribatuaren pisuaren bilakaera. Guztira eta finantzatzaileraren araberakoa. Euskadi, 2003-2023.***



Iturria*: Egileek egina, Eustat oinarri hartuta. Osasunaren kontua.*

Hazkunde hau gertatu zen gastu pribatua publikoa baino gehiago igo zelako (%183,4a, %147,6ren aurrean). Familien gastu zuzena gehien igo zena izan zen, 3,7 ehuneko-puntu (%17,3) (14. grafikoa).

14. grafikoa. ***Osasun-gastu osoaren bilakaera erlatiboa (2023 = 100) finantzaketa-moten arabera. Euskadi, 2003-2023.***



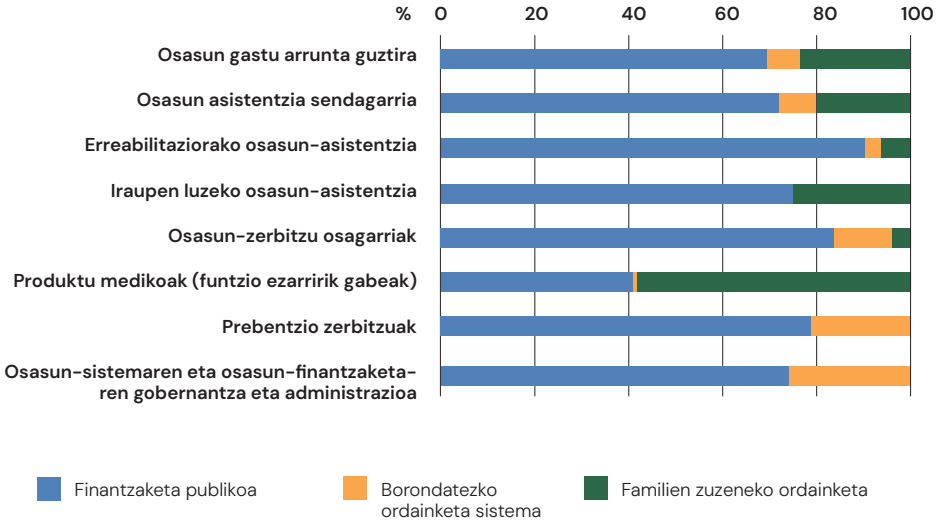
Iturria*: Egileek egina, Eustat oinarri hartuta. Osasunaren kontua.*

Gastuaren arabera, finantzaketaren pribatizazioan pisu handiena izan zuen kategoria osasun zerbitzuekin zuzenean lotuta ez zeuden produktu medikoena izan zen (botikak eta erabilera pertsonaleko gailu medikoak, hala nola betaurrekoak, protesiak edo sendaketetarako materiala). Koordainketa farmazeutikoaren eta sistema publikoak finantzatu gabeko produktu horien erosketaren ondorioz, eremu horretako gastuaren %59,1 pribatua izan zen, eta batez ere familien zuzeneko ordainketaren bidez egin zen.

Poltsiko-gastua ere handia da asistentzia sendagarrian. Asistentzia anbulatorioaren gastuaren %35,1 izan zen (kontsulta medikoak, espezialistenak eta ospitaleratzea behar ez duten tratamenduak barne). Gastu hori, hein handi batean, sistema publikoan estalita edo partzialki estalita ez dauden zerbitzuei dagokie, kontsulta eta tratamendu odontologiko edo psikologiko gehienak bezala.

Osasun aseguru pribatuek hartzen zuten gastua, berriz, beste funtzio batzuen kasuetan garrantzitsuagoa izan zen. Osasun-zerbitzu osagarrietan (hala nola laborategi klinikoak edo irudi bidezko diagnostikoa), esaterako, gastu osoaren %12,8 hartu zuten, eta iraupen luzeko ospitale-asistentzian eta gobernantza eta sistemaren administrazio gastuetan %26,9ra heldu ziren aseguru pribatuenak (15. grafikoa).

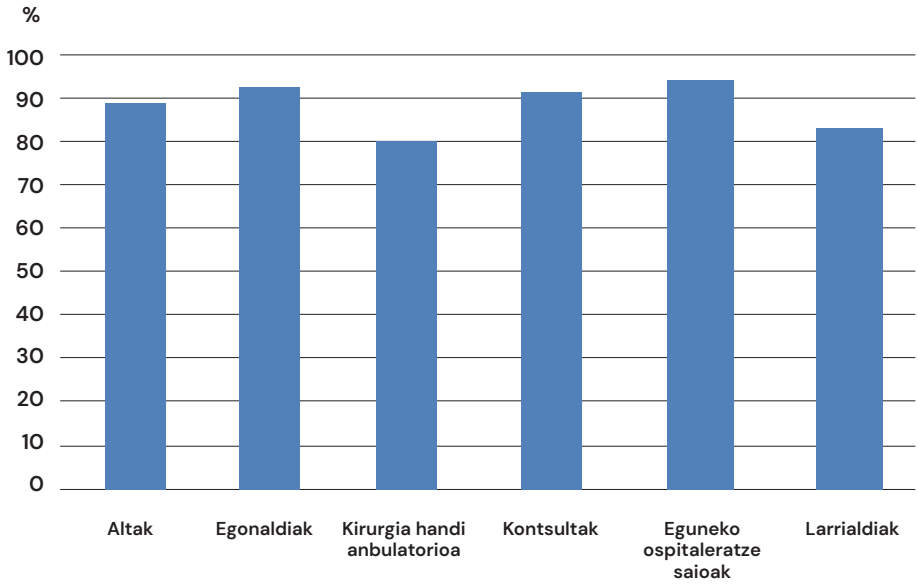
15. grafikoa. ***Gastuaren araberako finantzaketa ehunekoa. Euskadi, 2023.***



***Iturria**: Egileek egina, Eustat oinarri hartuta. Osasunaren kontua.*

Azkenik, jarduera asistentzialaren finantzaketa-iturria ere kontuan har dezakegu, eta, beraz, pribatizazio-maila. Arreta Espezializatuko Informazio Sistemak ospitale-eremuan egindako asistentzia-jardueraren finantzaketari buruzko datuak ematen ditu. Pribatizazio-maila handieneko asistentzia-jarduerak kirurgia handi anbulatorioa eta larrialdiak izan ziren, non finantzaketa publikoa %80 eta %83 izan baitzen, hurrenez hurren. Gainerako esku-hartzeetan finantzaketa publikoa %90etik gorakoa izan zen, alten kasuan izan ezik (%89) (16. grafikoa).

16. grafikoa. ***Ospitaleko asistentzia-jardueren finantzaketa publikoaren ehunekoa. Euskadi, 2023.***



***Iturria**: Egileek egina, Osasun Ministerioaren Arreta Espezializatuko Informazio Sistemaren datuetan oinarrituta.*

7

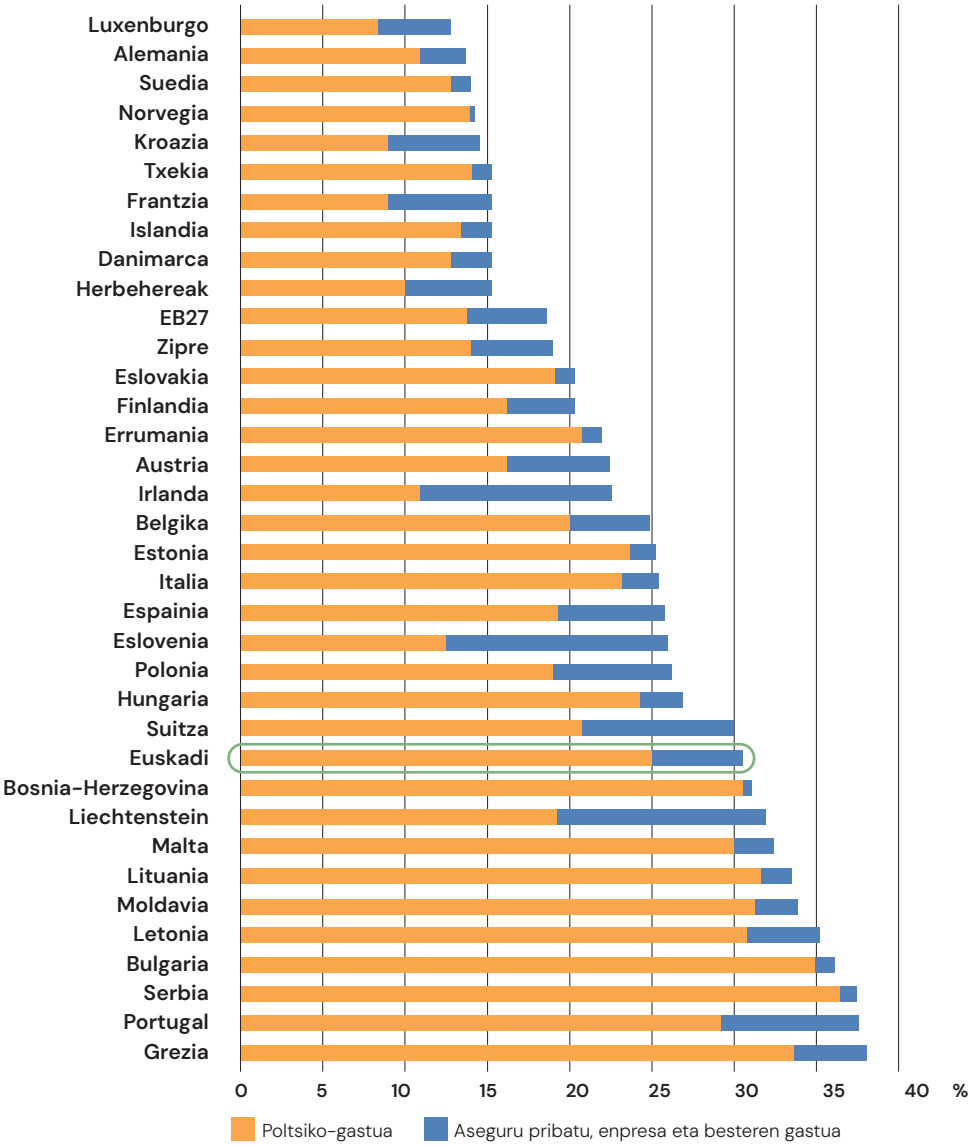
EUSKADIK EUROPAR BATASUNEKO HERRIALDEEN OSASUN FINANTZAKETAREN PRIBATIZAZIO TASA HANDIENETAKO BAT DU

Europako herrialde gehienek baino finantzaketaren pribatizazio-maila altuagoa zeukan Euskadik. Zehazki, Europako 34 herrialdeetatik 25etan baino handiagoa izan zen (%74).

Euskadiko finantzaketaren pribatizazio-maila Europako herrialde gehienena baino handiagoa da. Finantzaketa pribatuaren %30,5eko mailarekin, nabarmen gainditzen du EB-27ko batez bestekoa (%18,7). Izan ere, aztertutako herrialdeen %74k baino pribatizazio handiagoa erakusten du, eta EBko 27 estatu kideen artean, seik bakarrik (Grezia, Portugal, Bulgaria, Letonia, Lituania eta Malta) dituzte zifra handiagoak. Euskadik Luxenburgok (%12,7), Alemaniak (%13,3) eta Suediak (%14,0) baino maila handiagoak ditu, eta Espainiar estatuko batez bestekoa (%26) ere gainditzen du (17. grafikoa).



17. grafikoa. ***Osasun-gastu osoan finantzaketa pribatuak hartzen duen ehunekoa, gastu-motaren arabera: aseguru pribatuetako gastuak, enpresak eta beste eta poltsiko-gastuak. Euskadi eta Europako herrialdeak (EB eta ez EB), 2022-2023*.***



Iturria: *Egileek egina, Eustat eta Eurostat oinarri hartuta. Osasunaren kontua.*

**2022 edo 2023rako daturik ez zegoen herrialdeetan, eskuragarri zegoen azken urteko datua erabili da.*

Euskadin finantzaketaren pribatizazio handiena poltsiko-gastuaren (%25,2) ondorioa izan zen, EB-27ko batez bestekoaren (%14,3) eta herrialdeen %71ren gainetik, baina baita enpresetan eta osasun aseguru pribatuetan gastu handiaren ondorio. Euskadin finantzaketa mota hori %5,7 izan zen, EB-27ko herrialde gehienen 4,4ko batez bestekoarekin alderatuta.

Euskadi eta gainerako autonomia erkidegoen arteko alderaketa zailagoa da. Ospitale asistentzia-jardueraren finantzaketaren pribatizazioaren datuak baditugu. Datu horien arabera, Euskadiren posizioa autonomia erkidegoen batez bestekoa baino hobea izango litzateke aintzat hartutako ospitaleetako asistentzia-jardueretan, eguneko ospitaleratze-saioetan izan ezik, horietan tarteko posizioa baitu (2. taula).

2. taula. ***Euskadiko ospitaleetako asistentzia-jardueren finantzaketa publikoaren ehunekoa, Estatu osoan eta Euskadik gainerako autonomia erkidegoekiko duen posizioa*, 2023.***

	Euskadiko balioa	Espainiar estatuko balioa	Euskadiren posizioa gainerako erkidegoekiko*
Altak	89,1	80,2	12/17
Egonaldiak	93,0	88,7	14/17
Kirurgia handi anbulatorioa	80,2	72,4	12/17
Kontsultak	91,3	76,8	16/17
Eguneko ospitaleratze saioak	94,3	93,4	6/17
Larrialdiak	83,4	74,2	13/17

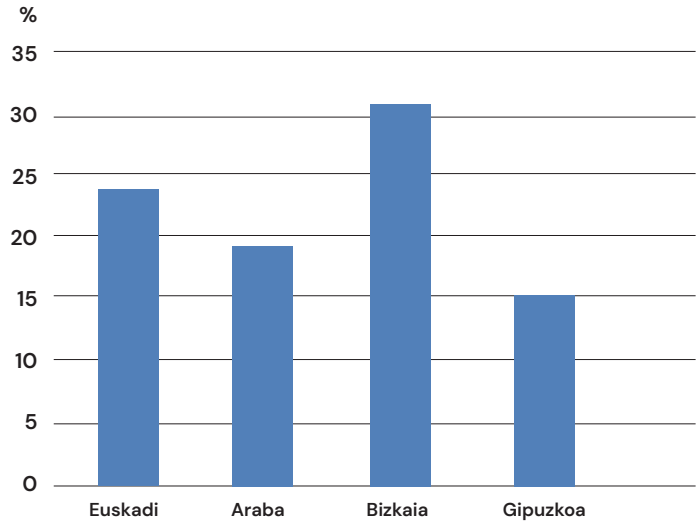
***Iturria**: Egileek egina, Osasun Ministerioaren Arreta Espezializatuko Informazio Sistemaren datuetan oinarrituta.*

**1/17ko posizioak esan nahiko luke Euskadi pribatizazio maila handiena duen autonomia erkidegoa dela, eta 17/17ko posizioa, berriz, pribatizazio maila txikiena duen autonomia erkidegokoa litzatekeela Euskadi.*

8 OSASUN-ASEGURU PRIBATUA DUTEN PERTSONEN KOPURUAK GORA EGIN DU EUSKADIN: LAUTIK IA BATEK DU

Euskadin, osasun aseguru pribatua zuten pertsonen proportzioa %23,9 izan zen 2023an, hau da, 525.435 pertsona. Ehuneko hori nabarmen aldatzen da lurraldeen artean. Bizkaian, biztanleen %30,7k aseguru pribatua zuen; Gipuzkoan, berriz, %15k. Arabak bitarteko posizioa izan zuen, zehazki biztanleen %19,4k (18. grafikoa).

18. grafikoa. ***Osasun aseguru pribatua zuten pertsonen ehunekoa, lurralde historikoaren arabera. Euskadi, 2023.***

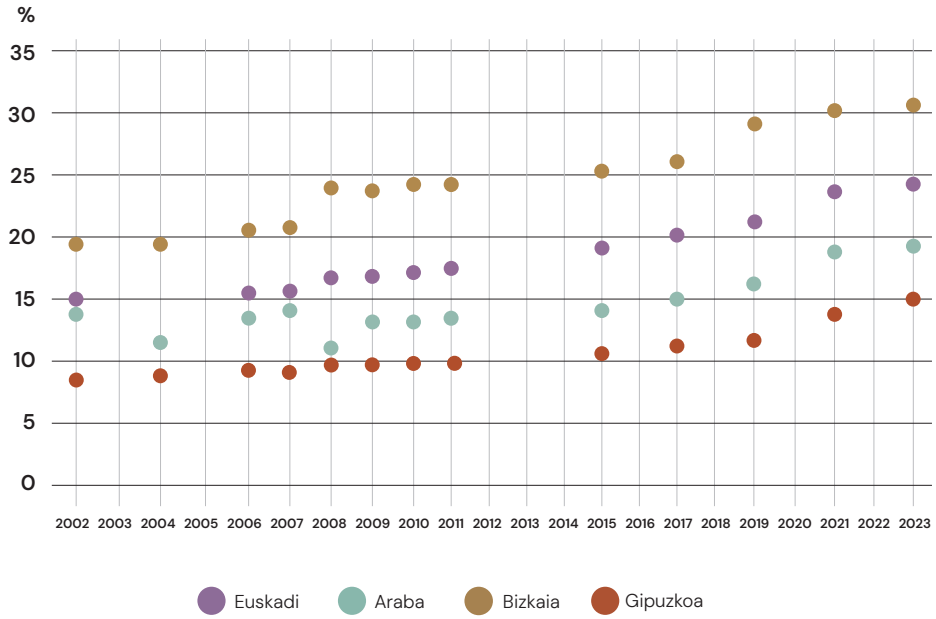


***Iturria**: Egileek egina, Eustat oinarri hartuta. Osasun-arreta pribatuaren estatistika.*

Osasun aseguru pribatua duten pertsonen ehunekoak nabarmen egin du gora azken urteotan, 19. grafikoan ikus daitekeenez. 2023an asegurua zuten pertsonen ehunekoa 2002an baino 9,2 ehuneko-puntu handiagoa izan zen, %62,4ko igoera izan zelarik, hain zuzen ere. Epealdiaren lehenengo zatian igoera txikiagoa izan zen eta ehunekoa bere horretan mantendu zen, baina 2006tik aurrera etengabeko goranzko joera izan zuen eta 2017tik aurrera areagotu egin zen. Azken urteetan (2017-2023), aseguratutako pertsonen proportzioa %20tik %23,9ra igaro zen, hau da, %19,5eko gorakada egon zen.

Aseguramenduaren bilakaerak aldea erakutsi zuen lurralde historiko bakoitzean 2002tik 2023ra bitartean: hazkundea handiagoa izan zen Gipuzkoan (%95,3) eta txikiagoa Araban (%47,7); Bizkaian, berriz, %59,3koa izan zen (19. grafikoa).

19. grafikoa. ***Osasun asegurua duten pertsonen ehunekoaren bilakaera lurralde historikoaren arabera. Euskadi, 2002-2023.***

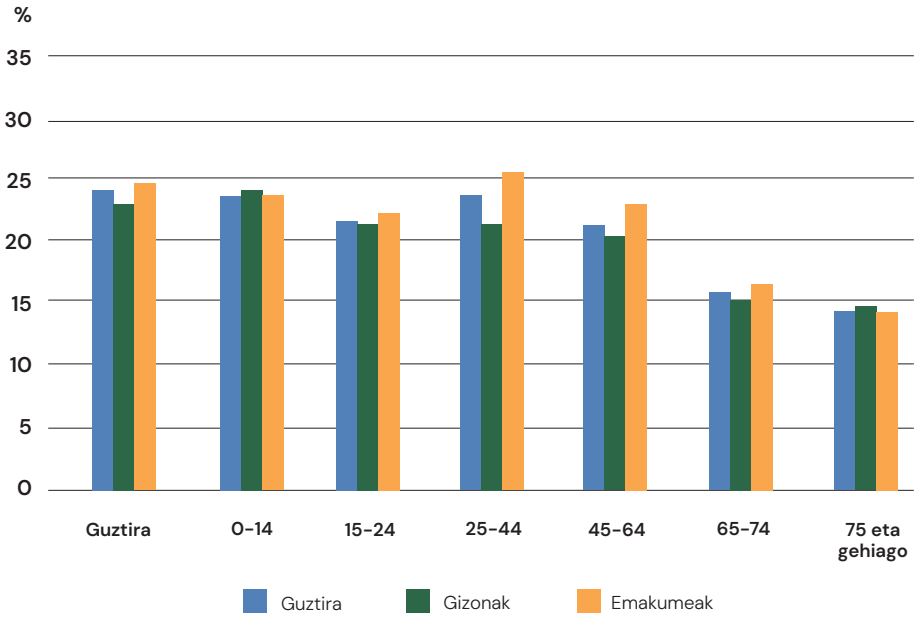


Iturria: *Egileek egina, Eustat oinarri hartuta. Osasun-arreta pribatuaren estatistika.*

Oharra: *Ez dago daturik eskuragarri 2012-2014 urteetarako.*

Adina kontuan hartzen badugu (20. grafikoa), aseguru pribatua duten pertsonen ehunekoa handiagoa da 25 eta 64 urte bitarteko helduen artean, eta txikiagoa 65 urtetik gorakoen artean. 25-44 urteko pertsonen %28,4k eta 45-64 urtekoen %26,5ek osasun-aseguru pribatua zuen, eta 75 urte eta gehiagokoen artean %13,9k bakarrik. Oro har, gizonen eta emakumeen arteko desberdintasunak ez ziren nabarmenak, 25-44 urte arteko populazio taldean izan ezik, non 4,4 ehuneko-puntuko diferentzia egon zen emakumeen alde (20. grafikoa).

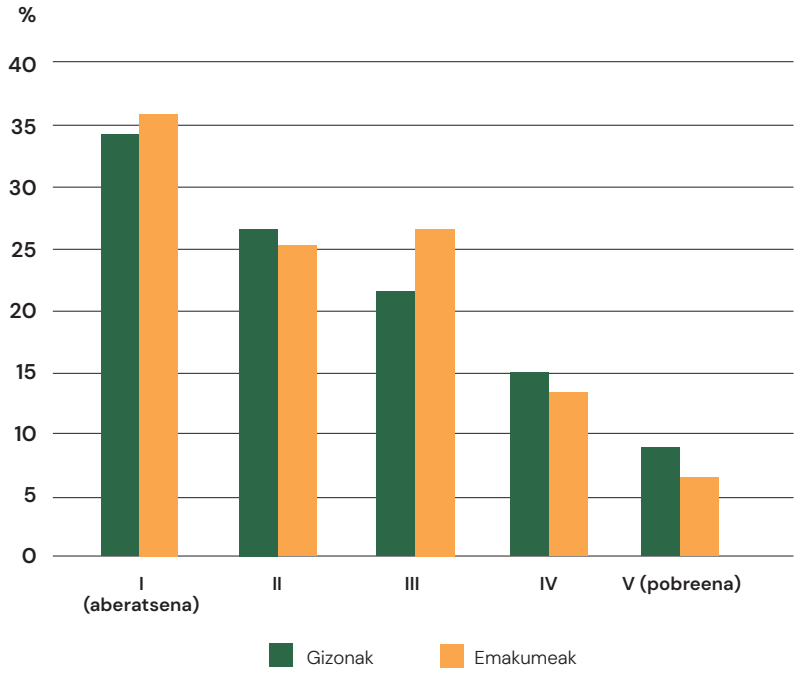
20. grafikoa. ***Osasun aseguru pribatua zuten pertsonen ehunekoa, adinaren eta sexuaren arabera. Euskadi, 2023.***



***Iturria**: Egileek egina, Eustat oinarri hartuta. Osasun-arreta pribatuaren eta biztanleria estatistikak.*

Esan bezala, aseguratutako pertsonen ehunekoak gora egiten du klase sozialak gora egiten duen heinean. 2023an maila altuenekoen artean asegurua zuten pertsonen ehunekoa %35 ingurukoa zen. Klaserik baxuenean, aldiz, %9 eta %6ra jaitsi zen ehunekoa gizon eta emakumeen artean, hurrenez hurren (21. grafikoa).

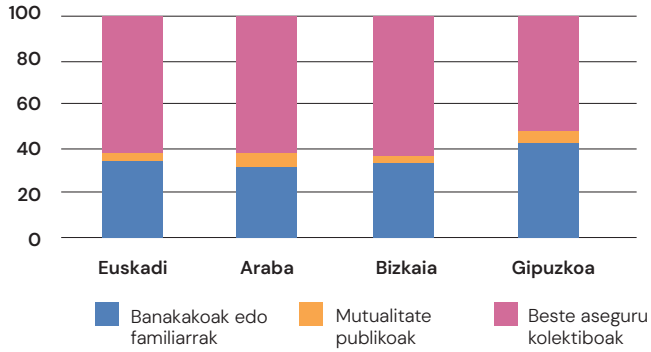
21. grafikoa. ***Osasun asegurua dutenen ehunekoa gizarte klasearen eta sexuaren arabera. Euskadi, 2023.***



***Iturria**: Egileek egina, Eustat oinarri hartuta. Osasun-arreta pribatuaren eta biztanleriaren estatistikak.*

2023an EAEn asegurua zuten pertsona guztietatik, erdia baino gehiagok (%61,3) aseguru kolektiboak zituzten, hau da, normalean enpresek edo elkarteek langile edo kideen mesederako kontratatutakoak. Norbanakoek edo familiek kontratatutako aseguruak %33,9 ziren, funtzionarioen mutualitate publikoak, berriz, geratzen den %4,8a. Lurralde historikoetan modalitate bakoitzaren ehunekoa desberdina izan zen. Hala, enpresek edo elkarteek kontratatutako aseguruen pisua Bizkaian eta Araban (%64,1 eta %61,1) Gipuzkoan (%52,3) baino handiagoa izan zen; azken honetan, aldiz, norbanakoek edo familiek kontratatutako aseguruek pisu handiagoa izan zuten.

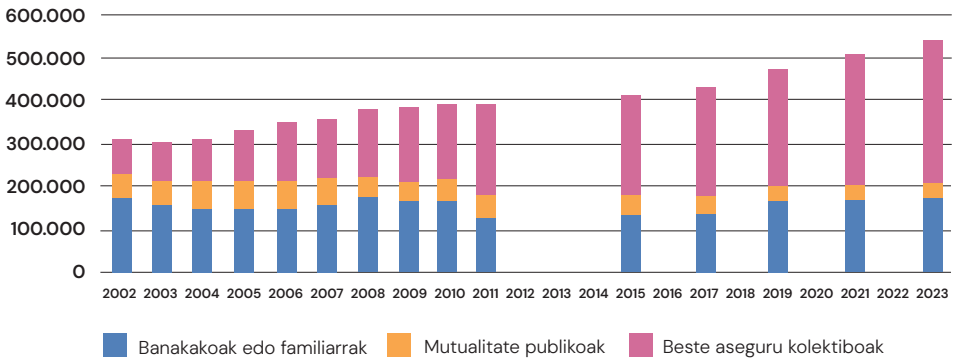
22. grafikoa. ***Osasun asegurua duten pertsonen banaketa, aseguramendu modalitatearen eta lurralde historikoaren arabera. Euskadi, 2023.***



Iturria: *Egileek egina, Eustat oinarri hartuta. Osasun-arreta pribatuaren estatistika.*

2002tik 2023ra izandako kontratazioen igoera batez ere aseguramendu kolektiboaren gorakadak eragin zuen. Hala, aseguru mota horien kopurua %300,1 handitu zen: 2002an 80.316 pertsona hartzen zituen eta 2023an 321.975. Gainerakoei dagokienez, funtzionarioen mutualitateek 34.606 pertsona gutxiago hartu zituzten (%57,8ko beherakada) eta, epealdi horretan, norbanakoen kontratuen bitartez asegurua zuten pertsonen kopuruak %4,4 egin zuen gora (23. grafikoa).

23. grafikoa. ***Osasun asegurua duten pertsona kopuruaren bilakaera, aseguramendu modalitatearen arabera. Euskadi, 2002-2023.***



Iturria: *Egileek egina, Eustat oinarri hartuta. Osasun-arreta pribatuaren estatistika.*

Oharra: *Ez dago daturik eskuragarri 2012-2014 urteetarako.*

AHO-HORTZETAKO OSASUNERAKO SARBIDEA: ESTALDURA PUBLIKO ESKASAK OSASUNA MERKATUAREN ESKU UZTEN DUENEAN

Aho-hortzen osasunerako arreta eremu bereziki garrantzitsua da osasun-estaldura publiko nahikoa ez izateak arreta irisgarritasun eta osasun-arloko desberdintasunetan izan ditzakeen ondorioak aztertzeko.

Euskadin, aho-hortzen osasunaren estaldura publikoa mugatua da, eta batez ere arazo akutuen prebentzioan eta arretan kontzentratzen da, hala nola infekzioetan, traumatismoetan edo erauzketetan. Hala ere, egia da azken urteotan kolektibo kalteberago batzuei zuzendutako prestazioak zabaldu egin direla, hala nola haurdun dauden emakumeei edo paziente onkologiko jakin batzuei zuzendutakoak. Era berean, 7 eta 15 urte bitarteko haurrek hainbat prestazio jasotzen dituzte bizitzako lehen urteetatik, Haurren Hortzak Zaintzeko Programaren (HHZP) bidez.

Zerbitzu hauen zabaltzea gorabehera, ohiko arreta odontologikoaren zati handi batek estaldura publikotik kanpo jarraitzen du. Protesiak, inplanteak edota ortodontzia bezalako tratamenduak ez daude estalita oro har, eta beraz, arreta-premien zati handi bat familiek finantzatu behar dute zuzenean. Honek aho-hortzetako arreta osasun-pribatizazioaren adibide argi bihurtzen du.

Txosten honetan aztertutako beste eremu batzuetan ez bezala, pribatizazio-mota hau ez da gertatzen sistema publikoak aurretik eskaintzen zituen zerbitzuak sektore pribatura transferitu direlako; aitzitik, merkatu-logika bat txertatzen da osasun-arretaren sarbidean. Ondorioz, aho-hortzen zerbitzuen irisgarritasuna, neurri handi batean, pertsonen ordaintzeko gaitasunaren mende geratzen da, eta desberdintasunak sortzen ditu irisgarritasunean.

Osasunaren Kontuaren datuek argi erakusten dute pribatizazio honen garrantzia Estatu osoan. 2023an, laguntza odontologiko anbulatorioko gastua 9.453 milioi eurokoa izan zen Espainian. Horietatik, 68 milioi (%0,7) baino ez ziren finantzaketa publikokoak izan, eta 9.385 milioi (%99,3) jatorri pribatukoak izan ziren. Gainera, finantzaketa pribatu horren ia guztia familien zuzeneko ordainketari zegokion, 9.272 milioi euroko ekarpena egin baitzuten, hau da, odontologia-arreta anbulatorioko gastu guztiaren %98,1 (3. taula).

3. taula. ***Hortz-arretako osasun-gastua (odontologia-arreta anbulatorioa), finantzaketa-motaren arabera (publikoa/pribatua). Milioi euro. Espainia, 2023.***

		Milioi euro	Guztiaren %
Publikoa	**Guztira**	**68**	**0,7**
	Gizarte Segurantzako Administrazioak	23	0,2
	Beste administrazio batzuk	45	0,5
Pribatua	**Guztira**	**9.385**	**99,3**
	Aseguru enpresa pribatuak	114	1,2
	Familien zuzeneko ordainketak	9.272	98,1
	Guztira	**9.453**	**100**

Iturria*: Egileek egina, Osasun kontua. Osasun Ministerioa.*

Euskadiren kasuan, ez ditugu datu berberak, baina bai dentistari egindako kontsulten finantzaketari buruzkoak. Datu horiek Espainiako gastuari buruz esandakoaren antzeko patroia erakusten dute. Hala, 2023an Euskadin aitortutako odontologia-kontsulten %82,9 finantzaketa pribatuaren bidez ordaindu ziren, eta %15,6, berriz, finantzaketa publikoaren bidez. Gainera, finantzaketa publiko horren zati handi bat HHZPri zegokion, eta Osakidetzaren finantzaketa kontsulta guztien %1,9 baino ez zen. Kasu honetan ere, finantzaketa pribatuaren mekanismo nagusia familien ordainketa zuzena izan zen: kontsulta guztien %80,5; %2,4, aldiz, aseguru mediko pribatuen bidez finantzatu zen (4. taula).

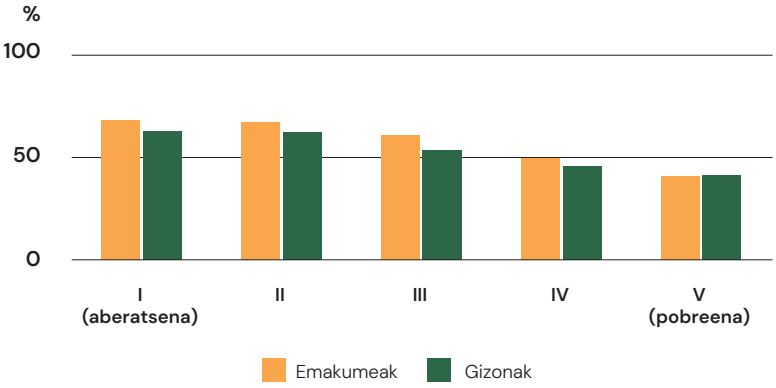
4. taula. ***Dentistari azken urtean egindako kontsultak, finantzatzailearen arabera. Euskadi, 2023.***

Publikoa	**Guztira**	**15,6**
	Osakidetza	1,9
	HHZP	13,7
Pribatua	**Guztira**	**82,9**
	Familien zuzeneko ordainketak	80,5
	Aseguru enpresa pribatuak	2,4
Beste batzuk		**1,5**
Guztira		**100**

Iturria: *Egileek egina, 2023ko Euskadiko Osasun Inkestan oinarrituta.*

Aipatu den bezala, aho-hortz arretaren pribatizazio-maila handiak inplikazio garrantzitsuak ditu osasun-arreta mota hori ekitatez eskuratzeko, eta pertsonen ahalmen ekonomikoa sarbide-oztopo bihur daiteke. Euskadin, aho-hortzetako arreta jasotzeko gradiente soziala argia da. Gizarte-maila handieneko emakumeen artean, %68,8k dentistarengana jo zuen azken urtean, eta gizarte-maila ahuleneko emakumeen artean, berriz, %41,1ek. Gizonen artean ere antzekoa ikusten da: ehunekoa %63,2tik %41,4ra jaisten da I. eta V. klasearen artean (24. grafikoa).

24. grafikoa. ***Azken urtean dentista bisitatu duten pertsonen ehunekoa, gizarte klase eta sexuaren arabera. Euskadi, 2023.***



***Iturria**: Egileek egina, 2023ko Euskadiko Osasun Inkestan oinarrituta.*

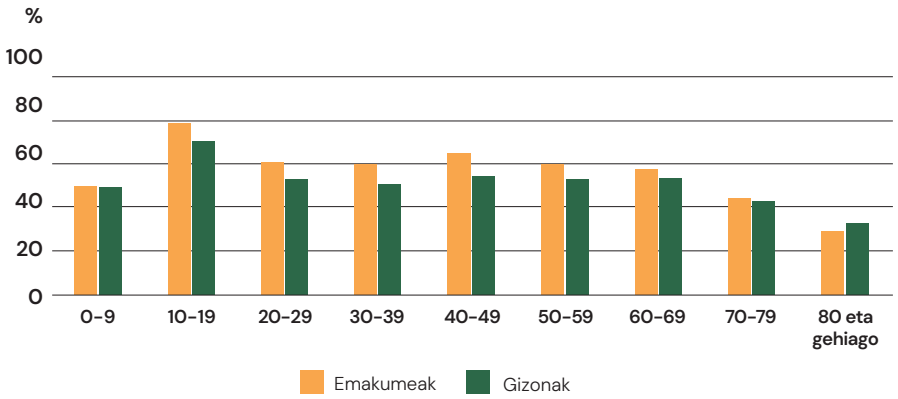
Odontologia-zerbitzuen erabilerak ere desberdintasun handiak aurkezten ditu adinaren arabera. 2023an, 10 eta 19 urte bitarteko emakumeen %78,2 eta gizonen % 0,2a dentistarengana joan zen azken urtean. Helduarotik aurrera, erabilerak behera egin zuen pixkanaka, batez ere adin nagusienetako gizarte taldean. 70 eta 79 urte bitarteko pertsonen artean, emakumeen %43,9 eta gizonen %42,7a dentistarengana joan zen azken urtean. Eta 80 urtetik gorako emakumeen %29,0k eta gizonen %32,8k baino ez zuen egin (25. grafikoa).

Adin aurreratuenetan gutxiago erabiltzea bereziki aipagarria da, ezin baita onartu aho-hortzetako arreta gutxiago behar izatea. Aitzitik, ahoko osasun-arazoak bizitzan zehar metatzen dira, eta premia jakin batzuek, hala nola hortz-piezen galerak edo protesien beharrak, garrantzi berezia hartzen dute adin horietan. Aldi berean, neurri handi batean estaldura publikotik kanpo geratzen diren tratamenduak dira, eta gastu ekonomiko handia ekar dezakete pertsonentzat.

Adinaren araberako patroia ez dator bat haurtzaroan eta nerabezaroan ikusitakoarekin, hain zuzen ere, HHZPren bidez aho-hortzetako arretaren estaldura publiko handiena dagoen bizitzako etapekin. Datu horiek ezin dute erabilera-desberdintasunak estaldura handiago horri zuzenean egotzi, baina kontraste nabarmena erakusten dute

babes publiko espezifikoa duten adinen eta adin aurreratuagoenetan, non behar odontologiko gehienei sistema publikotik kanpo egin behar zaien aurre.

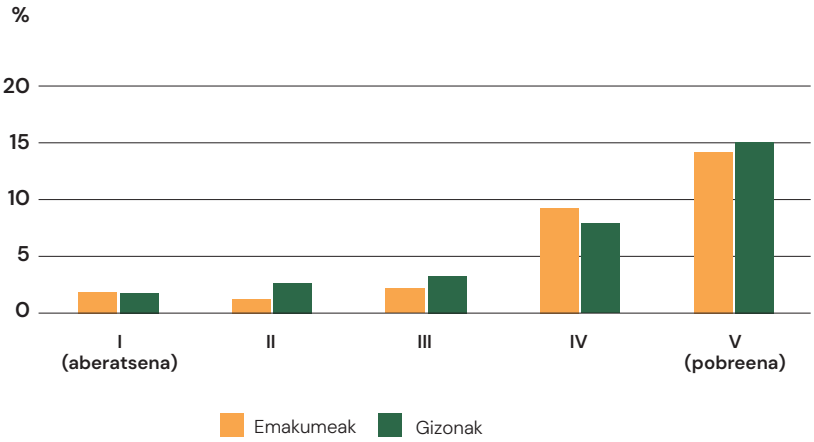
25. grafikoa. ***Azken urtean adin eta sexu desberdinetan dentista bisitatu duten pertsonen ehunekoa. Euskadi, 2023.***



Iturria*: Egileek egina, 2023ko Euskadiko Osasun Inkestan oinarrituta.*

Dentistaren erabilerari buruzko datuak aurkezteaz gain, finantzaketa pribatuan oinarritutako eredu baten ondorioak agerian geratzen dira hortz-arreta behar izan dutela baina arazo ekonomikoengatik jaso ez dutela adierazten duten pertsonen ehunekoarekin. Gizarte-klase onenean, egoera horrek emakumeen %1,8ri eta gizonen %1,7ri eragiten die; gizarte-klase ahulenean, berriz, emakumeen eta gizonen ehunekoak %14,0 eta %14,8koak dira, hurrenez hurren. Hau da, arrazoi ekonomikoengatik aho-hortzetako osasun-premiari erantzuteko ezintasuna zortzi aldiz ohikoagoa da, gutxi gorabehera, gizarte-maila ahuleneko pertsonen artean, gizarte-maila altueneko pertsonen artean baino. Horrela, aho-hortzetako arretan argi geratzen da oztopo ekonomikoen eragina arretaren irisgarritasunari dagokionean; pertsonen ordainketa-gaitasunak osasun-premia bati erantzuteko aukera baldintzatzen baitu (26. grafikoa).

26. grafikoa. ***Azken 12 hilabeteetan aho-hortz arreta behar izan duten eta ordaindu ezin izan dutenen pertsonen ehunekoa, gizarte-klaseetan eta sexuaren arabera. Euskadi, 2023.***



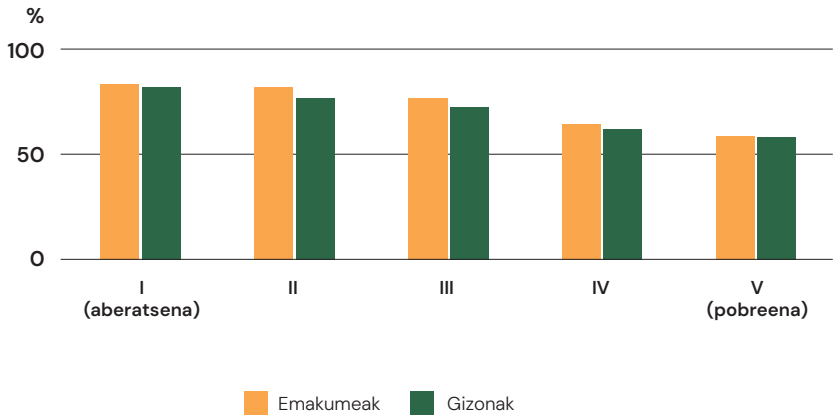
Iturria*: Egileek egina, 2023ko Euskadiko Osasun Inkestan oinarrituta.*

Arreta eskuratzeko desberdintasun horiekin batera, aho-hortzen osasunean ere eragin desberdina dute. Euskadin, 2023an, gizarte-klase altueneko emakumeen %83,3k adierazi zuen hortz-osasun ona zuela, eta ehuneko hori pixkanaka jaisten zen, %58,8ra, gizarte-maila baxueneko emakumeen artean. Gizonen artean ia patroi bera ikusten da: hortz-osasun ona dutela adierazten dute klase aberatseneko %82,1ak, eta klase baxueneko %58,5ak. Beraz, aldeak ehuneko 24 puntu ingurukoak dira gizarte-eskalako muturren artean, eta erakusten dute erabileran eta arreta jasotzeko oztopo ekonomikoetan ikusitako desberdintasunak aho-hortzen osasun ondorioetan ere desberdintasun handiak dituela (27. grafikoa).

Aho-hortzen osasunean dauden desberdintasunak hainbat faktoreen ondorio dira, eta ezin dira arreta jasotzeko zailtasunei bakarrik egotzi. Hala ere, odontologia-premia asko estaldura publikotik kanpo geratzen diren eta zuzenean familiek finantzatu

behar dituzten eredu batek oztopo ekonomiko bat ezartzen du, baliabide ekonomiko gutxien dituztenei bereziki eragiten diena. Datuek erakusten dutenez, talde horiek dentistarengana gutxiago joateaz gain, sarriago uzten dituzte arrazoi ekonomikoengatik bete gabeko arreta-beharrak eta, aldi berean, aho-hortzen osasunaren adierazle okerragoak dituzte.

27. grafikoa. ***Hortz-osasun ona dutela adierazten duten pertsonen ehunekoa, gizarte-klase eta sexuaren arabera. Euskadi, 2023.***



***Iturria**: Egileek egina, 2023ko Euskadiko Osasun Inkestan oinarrituta.*

10

LAGUNDUTAKO UGALKETA: ESTALDURA PUBLIKOAREN BALDINTZEK PRIBATIZAZIOA ERRAZTEN DUTENEAN

Lagundutako ugalketa pribatizazio sanitarioaren beste adibide bat da. Sistema publikoak gutxi estaltzen dituen beste prestazio batzuk ez bezala, kasu honetan estaldura publikoa badago, baina sarbidea ahalbidetzen duten baldintzek eskariaren zati bat sektore pribatura lekualdatzea erraztu dezakete, osasun-arreta mota honen hornitzaile nagusia bihurtuz.

Azken hamarkadetan, lagundutako ugalketak gero eta garrantzi handiagoa hartu du. Espainiar estatuan, kalkulatzen da 2023an hamar jaiotzatik bat teknika horien bidez gertatu zela (DEF, 2023). Hazkunde hori hainbat faktoreren ondorio da, besteak beste, amatasunaren atzerapena, familia-ereduen aldaketak, teknika horiek erabiltzen diren egoeren zabaltzea eta aurrerapen teknologikoak, tratamendu-aukerak areagotu dituztenak.

Europako beste herrialde batzuetan ez bezala, Espainiar estatuan laguntza bidezko giza ugalketa-teknikak Osasun Sistema Nazionalaren zerbitzu-zorroaren parte dira. Hala ere, estaldura publikoa egotea ez dator bat praktikan gertatzen denarekin: laguntza bidezko ugalketa da osasun-arretan hornidura pribatua duen eremurik nagusienetako bat. Espainiar estatuan, in vitro ernalketa egiten duten zentroen %81 inguru pribatuak dira, eta kalkulatzen da zikloen %75 inguru sektore horretan egiten direla. Gainera, sektore horretan biltzen dira obodonazio eta inplantazio aurreko diagnostiko genetikoko tratamendu gehienak (Alon eta Pinilla, 2021). Eskaintza pribatuaren nagusitasun hori Euskadin ere ikus daiteke. Lagundutako Giza Ugalketarako Zentro eta Zerbitzuen

Erregistro Nazionalaren arabera, intseminazio artifiziala egiteko erregistratutako zentroen %84 pribatuak dira, eta ehuneko hori %85,7ra iristen da in vitro ernalketan eta obozitoak berreskuratzeko zerbitzuak eskaintzen dituztenen artean (5. taula).

5. taula. ***Laguntza bidezko ugalketa-zerbitzuak eskaintzen dituzten osasun-zentroen kopurua, titularta-sunaren arabera, Euskadin, 2023.***

Teknika	Publikoak	Pribatuak	Guztira	Pribatuen %
Intseminazio artifiziala	4	21	25	84,0
In vitro ernalketa (IVE)	2	12	14	85,7
Obozitoak berreskuratzea	2	12	14	85,7

Iturria*: Egileek egina, Lagundutako Giza Ugalketarako Zentro eta Zerbitzuen Erregistro Nazionalean oinarrituta, Osasun Ministerioa.*

Oharra*: pribatizazio-ehunekoa teknika bakoitzerako erregistratutako zentroen titulartasunari dagokio, eta ez zentro pribatuetan egindako tratamenduen edo zikloen ehunekoari.*

Osasun-estaldura publikoan eskaintzen den prestazio bat zentro eta finantzaketa pribatuaren bidez zergatik egiten den ulertzeko hainbat arrazoi daude. Batetik, eta neurri handi batean, sistema publikoaren sarbide- eta hornidura-baldintzak daude, eta bestetik, laguntza bidezko ugalketaren eskaintza pribatu zabala garatzen lagundu duen arau-esparrua. 14/2006 Legeak aukera ematen dio adin nagusiko edozein emakumeri teknika horiek erabiltzeko, bere egoera zibila eta orientazio sexuala gorabehera, eta gametoen dohaintzaren izaera anonimoa mantentzen du. Tratamendu-aukeretan nahiko zabala den esparru honek, beste faktore batzuekin batera, hala nola emaileen erabilgarritasunarekin, lagunduriko ugalketaren merkatu pribatu garrantzitsua garatzen lagundu du.

2025ean, laguntza bidezko erreprodukzioan espezializatutako zentro pribatuek 685 milioi euro fakturatu zituzten Espainiar estatuan, aurreko urtean baino %5,1 gehiago. Sektoreak, gainera, gero eta enpresa-kontzentrazio handiagoa du: 2024an bost

enpresa nagusiek merkatuaren %56,4 kontzentratzen zuten, eta lehen hamarrek %69,3 (DKB, 2026). Erosketa- eta bat-egite-prozesuek, baita inbertsio-funtsen eta talde espezializatuen sarrerek ere, kontzentrazio hori handitzen lagundu dute azken urteotan.

Hala ere, ugalketa-merkatuaren garapenaren aldeko arau-esparru bat egoteaz gain, hornidura pribatua nagusitzen laguntzen duten faktore nagusietako bat sistema publikoan lagundutako ugalketa eskaintzen den baldintzetan datza. Teknika horiek Osasun Sistema Nazionalaren zerbitzu-zorroak eskaintzen dituen arren, haien sarbidea adinaren eta irizpide klinikoen, saiakera-kopuru mugatuaren eta teknika jakin batzuen eskuragarritasunean dauden aldeen mende dago. Muga horiei itxarote-denborak gehitzen zaizkie, bereziki garrantzitsuak baitira adinak eta denboraren joanak tratamenduak arrakasta izateko aukerak murriztu ditzaketen prestazioetan. Baldintza horien ondorioz, prestazio publikoa jaso ezin duten pazienteen zati batek, eskaintzen dituen aukerak agortu dituztenek edo itxaronaldiak bere gain hartu nahi ez dituztenek, ordezko bide bat aurkitzen dute sektore pribatuan.

Horrela, sektore pribatuaren hazkundea ez da nahitaez gertatzen estaldura publikoa formalki kentzearen edo prestazioa esplizituki pribatizatzearen bidez. Lagundutako ugalketak zorro publikoaren zati izaten jarraitzen du, baina hura eskuratzeko antolamendu-baldintza batzuek eskaria merkatu pribatura lekualdatzen laguntzen dute. Boschek eta Pavonek "ezkutuko lankidetza publiko-pribatua" deitu diote prozesu horri, eta adierazi dute hornidura publikoaren denbora-, teknologia- eta sarbide-mugek lagunduriko ugalketaren merkatu pribatuari eusten laguntzen dutela zeharka.

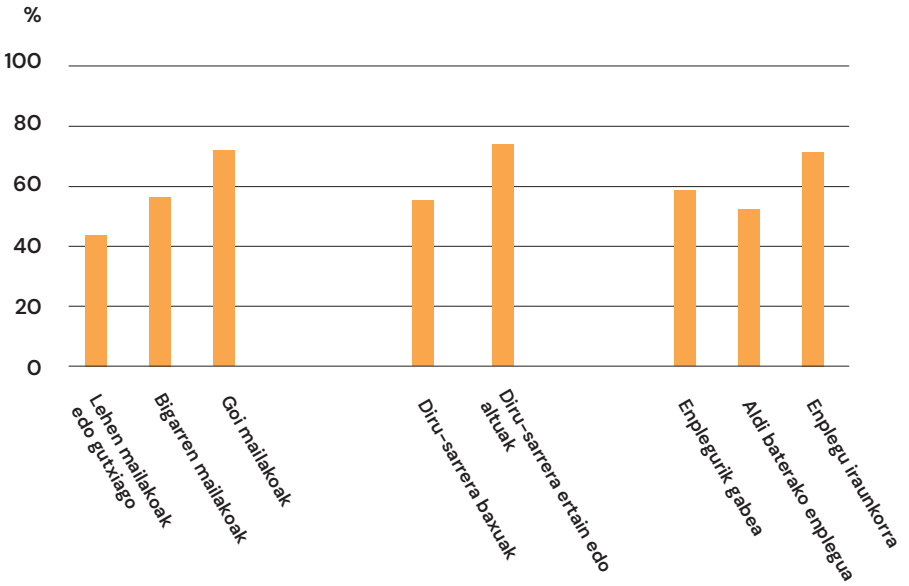
Prozesu hori Euskadin ere ikus daiteke. Osakidetzak laguntza bidezko ugalketa-teknikak publikoki eskaintzen baditu ere, irizpide klinikoek eta adinaren araberako irizpideek baldintzatzen dute benetako sarbidea, eta gehienezko saiakera-kopuru eta itxarote-denborek ere bai. In Vitro Ernalketaren (IVE) kasuan, Gurutzetako Unibertsitate Ospitaleko Giza Ugalketako Unitateak jakinarazi du bederatzi hilabete itxaron behar direla, gutxi gorabehera, itxaron-zerrendan sartzen zarenetik, IVEaren adierazpena ezarri ondoren, tratamendua egin arte. Aldi horretan, ez da sartzen unitatera sartzeko, ugalkortasun-azterketa egiteko eta tratamendua adierazteko behar den aldez aurreko denbora. Gainera, zikloak arrakastarik ez badu eta errepikatu behar bada, pazientea itxaron-zerrendara itzultzen da berriro. Denborak eremu horretan garrantzi berezia duen arren, Osakidetzak ez ditu aldian-aldian eta bereizita argitaratzen ugalketa lagundurako itxarote-denbora espezifikoak, itxaron-zerrendei buruzko informazio orokorrean. Horrek zaildu egiten du lehen arreta-eskaeratik tratamendua benetan hasi arteko guztizko atzerapena ezagutzea eta unitateen arteko bilakaera alderatzea.

Itxaronaldi horrek garrantzi berezia hartzen du lagundutako ugalketan; izan ere, beste osasun-prestazio batzuekin ez bezala, denboraren joanak nabarmen alda ditzake tratamenduak berak arrakasta izateko aukerak. Emakumearen adina ugalketa-emaitzen baldintzatzaile nagusietako bat da, eta haurdunaldiaren probabilitateak behera egiten du tratamendua hastean adinak gora egin ahala. Testuinguru horretan, sistema publikoan itxaronaldi luzeak egoteak pizgarri bereziki garrantzitsua sortzen du sektore pribatura jotzeko. Arreta pribatuak ez du tratamendua eskuratzeko beste bide bat bakarrik eskaintzen, denborak emaitzak baldintzatu ditzakeen prestazio batean itxaronaldia murrizteko aukera ere eskaintzen du.

Hala ere, sektore pribatura jotzeko aukera ez dago herritar guztien eskura. Laguntza bidezko ugalketa-tratamenduen kostua hainbat mila eurokoa izan daiteke ziklo bakoitzeko, eta nabarmen handitu daiteke zenbait saiakera edo teknika behar direnean, hala nola obodonazioa. Horrela, eskaintza pribatu zabala izateak alternatiba bat eskaintzen die sistema publikoaren mugei eta denborei, baina aukera hori zuzenean ahalmen ekonomikoaren mende dago.

Euskal Autonomia Erkidegorako daturik eskuragarri ez dagoen arren, ugalketa lagundua eskuratzeko desberdintasun sozioekonomikoak enpirikoki ikusi dira Espainiar estatuan. Horrela, erakutsi da diru-sarrera handiagoak eta hezkuntza-maila handiagoa izatea laguntza bidezko ugalketa-tratamenduak gehiago erabiltzearekin lotzen direla (Alon eta Pinilla, 2021; Lozano et al., 2026). Zehazki, ugalkortasun-arazoak zituzten emakumeen artean, unibertsitateko emakumeen %71,1ek laguntza bidezko ugalketa-teknikak erabili zituzten, eta lehen mailako edo beheragoko ikasketak zituztenen artean, berriz, %43,5ek (ia ehuneko 28 puntuko aldea). Desberdintasunak agerikoak dira, halaber, diru-sarreren mailaren eta lan-jarduerarekiko harremanaren arabera (28. grafikoa).

28. grafikoa. ***18 eta 55 urte bitarteko emakumeak, haurdun geratzeko arazoak izan dituztela eta laguntza bidezko ugalketa-tratamenduetara joan direla adierazten dutenak, ikasketa maila, diru-sarrera eta lan-egoeraren arabera. Espainiar estatuan, 2018.***



Iturria*: Egileek egina, Lagundutako Giza Ugalketarako Zentro eta Zerbitzuen Erregistro Nazionalean oinarrituta, Osasun Ministerioa.*

Alde horiek adierazten dute gaitasun ekonomikoak sarbidean desberdintasun-mekanismo garrantzitsu gisa jokatzen duela. Izan ere, ugalkortasun-arazoak izan zituzten baina laguntza bidezko ugalketa-teknikarik erabili ez zuten emakumeen artean, %56k arrazoi ekonomikotzat jo zuen hori ez egitea, identifikatutako oztopo nagusia izanik. Zailtasun ekonomikoek tratamendua hasi ondoren ere eragin dezakete: haurdunaldirik lortu gabe utzi zuten emakumeen artean, %15ek arrazoi ekonomikoak aipatu zituen eta %10ek finantzaketa publikoaren amaiera (Lozano et al., 2026). Horrela, sektore pribatura jotzearen kostu handiak, hornidura publikoaren mugak saihesteko aukera baldintzatzeaz gain, tratamenduetarako sarbidea eta hauen jarraipena bera ere baldintza ditzake.

Lagundutako ugalketak pribatizazio-modu bat erakusten du, prestazio bat zuzenean estaldura publikotik kanpo geratzen denean gertatzen denaz bestelakoa. Kasu honetan, arreta mota hau sistema publikoan sartuta dago, baina arreta hori eskuratzeko baldintzek, hala nola inklusio-irizpideek, saiakera-kopuruaren edo teknika jakin batzuen mugek eta, bereziki, itxarote-denborek, eskariaren zati bat sektore pribatu baterantz lekualdatzen laguntzen dute. Ekitatearen ikuspegitik, arazoa are handiagoa da kostu handiko teknika horietan, eta, beraz, ez daude modu berean eskuragarri biztanle guztientzat.

Osasun sistemaren egitura eta baliabideen pribatizazioa

11

OSASUN-SISTEMAREN EGITURA ETA BALIABIDEAK PUBLIKOAK DIRA HEIN HANDI BATEAN ORAINDIK ERE

Osasun-sistemaren egituraren eta baliabideen jatorri eta titulartasuna publikoa edo pribatua izatea osasun-sistemaren eta horren pribatizazio-mailaren alderdi garrantzitsua da. Euskadin, osasun-sistema titulartasun publikokoa da batez ere, nahiz eta sektore pribatuak presentzia esanguratsua duen.

Eskuragarri ditugun datuei esker, gai horren inguruko bi alderdi aztertu ditzakegu, eta soilik ospitaleen arloari dagokionez. Alde batetik, osasun-arreta ahalbidetzen duten giza eta egiturazko baliabideak; bestetik, egituraren titulartasuna osasun-jarduera beraren bidez neurtua.

Giza eta azpiegitura baliabideetatik hasita, ospitaleetako osasun-langile gehienek eremu publikoan garatzen dute beren jarduera (%84,9), eta osasun pribatuan lan egiten dutenen artean ehunekorik altuena medikuena da. Zehazki, %28,6, gainerako kategorien %15,1ekin alderatuta. Azken hamarkadan ehuneko horiek berdin mantendu dira (6. taula).

Horrekin lotuta, adierazi behar da osasun-langileek sistema publikoan egiten duten jarduera eta osasun pribatuan egiten dutena bateragarriak izan daitezkeela. Ez dugu jarduera bikoitz horri buruzko datu fidagarririk aurkitu, baina, alde horretatik, esan behar da autonomia-erkidego batzuetan (Nafarroan, Extremaduran eta Asturiasen) dedikazio esklusiboko araubide bat dagoela, zeinaren bidez osasun-sistema publikoko osasun-langileek edo bertako zuzendaritza-karguek ezin baitute osasun pribatuan jardun. Horrelako sistemarik ez da Euskadin existitzen (FADSP, 2025).

6. taula. Euskadiko ospitale publiko eta pribatuetako giza baliabideak, 2023.

	Ospitale publikoak	Ospitale pribatuak	% publikoa*
Baliabideak guztira			
Langileak guztira	36.755	6.529	84,9
Osasun-langileak	27.084	5.141	84,0
Medikuak	5.225	2.093	71,4
Erizainak	11.623	1.353	89,6
Bestelako osasun-langileak	10.236	1.695	85,8
Osasun-langileak ez direnak	9.671	1.388	87,5

Iturria: *Egileek egina, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailaren Ospitale-inkesta 2026ko datuetan oinarrituta.*

**Langile batek aldi berean arlo publikoan eta pribatuan jarduteko aukera dagoenez, bikoizketak eduki ditzaketen langile-kopuruaren gainean egin dira kalkuluak. Dena den, ehuneko soslaia izan arren, hurbilketa ona izan daiteke.*

Osasun-azpiegiturari dagokionez, Osasun Ministerioak, Arreta Espezializatuko Informazio Sistemaren bidez, ospitaleen titulartasunari eta hornidurari buruzko datuak ematen ditu. Euskadin 36 ospitale daude guztira, horietatik %52,8 publikoak dira. Ospitaleen hornidurari dagokionez, oheen eta ebakuntza-gelen %73 inguru ospitale publikoetan daude. Era berean, eguneko ospitaleetako lanpostuen %87 titulartasun publikoko ospitale batean daude. Ehuneko hori jaitsi egiten da hornidura teknologikoaren kasuan, gehienbat ospitale publikoetan dagoen arren: OTA (Ordenagailu bidezko Tomografia Axiala) ekipoen %76 eta mamografoen %62. PIT (Positroi-igorpenezko Tomografia) ekipoen eta erresonantzia magnetikoaren kasuan, ospitale publiko eta pribatuetan eskuragarri dagoen kopuruaren arteko balantzea antzekoa da.

2013tik 2023ra ospitale publikoen ehunekoak gora egin du, kontzentrazioagatik ospitale pribatuen kopuruak behera egin duelako eta ospitale publiko bat handitu delako. Hornidurari dagokionez, kasu guztietan ospitale publikoetako presentziaren ehunekoa pixka bat igo zen.

7. taula. Euskadiko ospitale publiko eta pribatuetako baliabideak, 2013-2023.

	2013			2023		
	Publikoak	Pribatuak	% Publikoak	Publikoak	Pribatuak	% Publikoak
Ospitale kopurua	18	23	43,9	19	17	52,8
Instalatutako oheak	5.750	2.270	71,7	5.820	2.140	73,1
Martxan dauden oheak	5.266	2.115	71,3	5.328	1.918	73,5
Ebakuntza-gelak (guztira)	158	75	67,8	173	64	73,0
Eguneko Ospitaleko Postuak Guztira	1.084	199	84,5	1.358	195	87,4
Mamografoak	16	15	51,6	21	13	61,8
PIT ekipoak	2	3	40,0	3	33	50,0
Erresonantzia Magnetiko Nuklear ekipoak	12	15	44,4	15	14	51,7
OTA ekipoak	26	13	66,7	35	11	76,1

Iturria: *Egileek egina, Osasun Ministerioaren Arreta Espezializatuko Informazio Sistemaren datuetan oinarrituta.*

Osasun-jarduerari berari dagokionez, pribatizazio-maila handiena ebakuntza kirurgikoetan eta ospitaletako egonaldietan gertatu zen. Ebakuntza kirurgikoen 73,6 eta egonaldien %73,5 zentro publiko batean egin ziren, eta gainerako jardueren kasuan %80-90 inguru. Nabarmentzekoa da erditzeen kasua, zeinak gehienak zentro publikoetan egin ziren (%92,5) (8. taula). Zenbaki horiek ospitale publikoek arreta emateko daukaten ahalmenaren adierazgarri dira, baina baita familiek arlo publikoan jartzen duten konfiantzaren adierazgarri. Izan ere, normalean erditzeak biztanleria osasuntsu denean jazotzen dira, eta horren inguruko erabakia hartzeko planifikazio maila handiagoa izan ohi da. Azken hamarkadan, erditze guztiekin konparatuta sistema publikoan egondako erditze kopuruak pixka bat gora egin du.

***8. taula.** Euskadin asistentzia motari lotutako jarduera eta funtzionamendua ospitale publiko eta pribatuetan, 2023.*

	Ospitale publikoak	Ospitale pribatuak	% publikoa
Ospitaleratzeak	268.500	59.429	81,9
Egonaldiak	1.425.099	512.867	73,5
Altak	268.500	59.536	81,9
Kanpo-kontsultak	5.116.793	731.705	87,5
Larrialdiak	1.038.870	297.299	77,7
Kirurgia-ebakuntzak	206.477	74.231	73,6
Erditzeak	12.397	998	92,5

***Iturria:** Egileek egina, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailaren Ospitale-inkesta 2026ko datuetan oinarrituta.*



Finantzaketa publikoa duen osasun horniduraren pribatizazioa: milioika euro diru publikotik enpresa eta erakunde pribatuetara

12

OSASUN SAILAREN SISTEMA KONPLEXUA ETA EZ OSO KONTROLAGARRIA, AURREKONTUAREN %7 GUTXIENEZ ERAKUNDE PRIBATUETARA BIDERATZEN DUENA

(URTEAN 300 MILIOI EURO BAINO GEHIAGO)

Euskadin, osasun-asistentzia Eusko Jaurlaritzaren eskumena da eta Osasun Sailaren bitartez kudeatzen du. Osasun-arretarako eskubidea daukan biztanleria osoak sarbidea izatea bermatzeko ardura dauka erakunde honek, Osasun-Sistema Nazionalaren markoaren baitan. Hala ere, 15/1997 Legearekin, bidea ireki zen diru publikoarekin finantzatutako osasun-arretaren zati bat enpresa edo erakunde pribatuei kontratatu ahal izateko. Horrela, bada, Euskadiko Osasun Sailak osasun publikoaren erakunde finantzatzaile gisa jarduten du, eta asistentzia-kontratu gehienak hornitzaile publikoekin —Osakidetza - Euskal Osasun Zerbitzuarekin— egiten baditu ere, hornitzaile pribatuekin ere sinatzen ditu akordioak, eta horri «osasun ituna» esaten zaio.

Hala ere, hori ez da pribatizazio mekanismo bakarra. Asistentzia sanitarioa ematean, Osakidetza - Euskal Osasun Zerbitzuak bere baliabideak edo enpresa pribatuenak erabil ditzake zerbitzu ez-sanitarioetarako, hala nola garbiketarako, sukaldaritzarako eta abarretarako. Hau da, enpresa edo erakunde pribatuekin «zerbitzuak kanpora» ditzake.

Baina, osasunaren zaintza osasun-asistentziatik haratago doa eta Osasun Sailak

funtsezko beste funtzio batzuk bete behar ditu: zaintza, osasunaren prebentzioa zein sustapena, ikerketa eta plangintza sanitarioa, besteak beste. Asistentzialan espezifikoak ere badaude, hala nola adikzioen tratamendua, jarraipena edo prebentzioa, osasun-itunetik kanpo kudeatzen direnak. Zerbitzu eta eginkizun horien zati bat baliabide propio eta publikoen bitartez garatzen dute, baina beste zati bat enpresa edo entitate pribatuei kontratatzen diete, izan kontratazioen, lizitazioen edo dirulaguntzen bidez.

Laburbilduz, osasun-asistentziaren horniduran Osasun Sailak daukan arduraren zati garrantzitsua enpresa edo entitate pribatuei transferitzeko sistema konplexua sortu dute. Sistema ez da oso gardena ezta irisgarria ere, hortaz, biztanleriak edo kanpo-entitateek kontrolatzea oso zaila da.

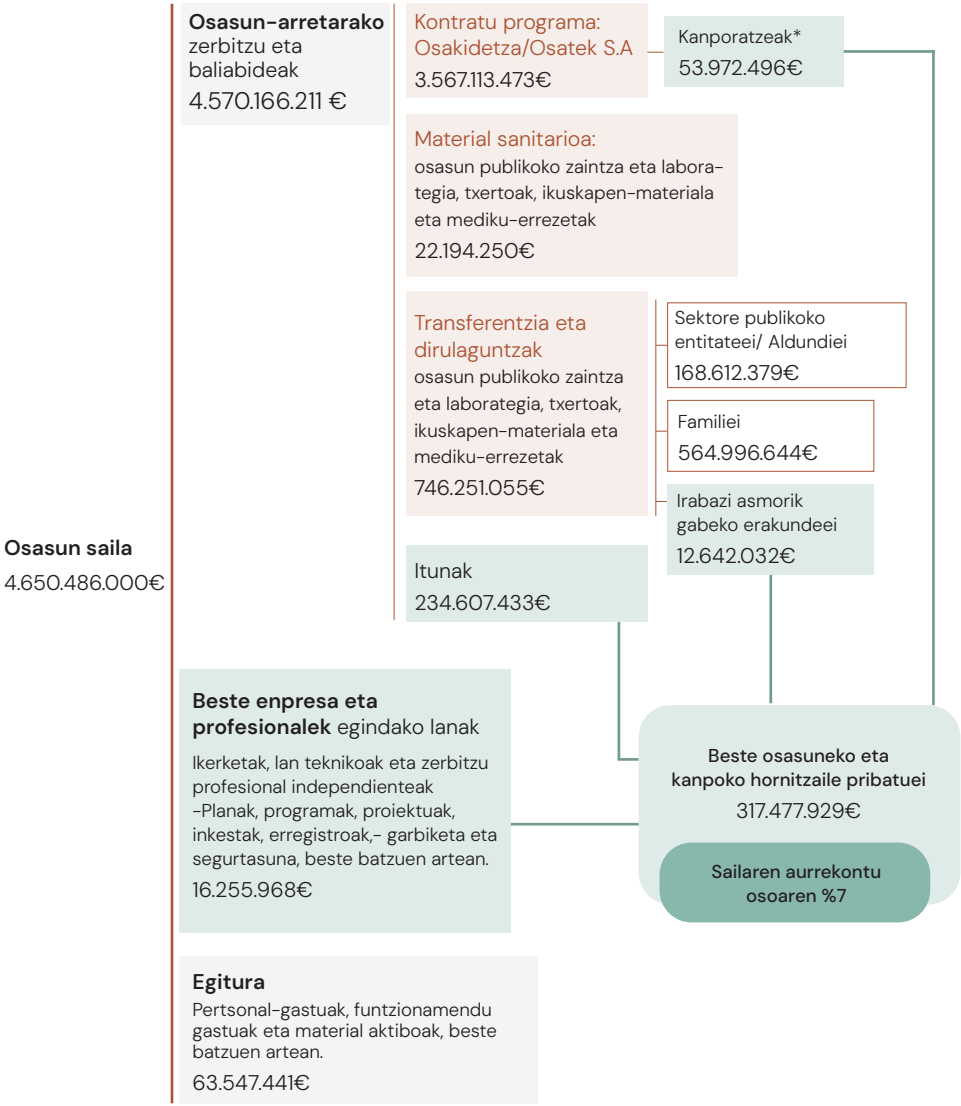
Argitalpen honek datuak biltzeko eta kontsultatzeko ahalegin konplexua eskatu du. Hala, informazio eskuragarriaren eskasiak errealitatera hurbiltzea baino ez du ahalbidetu, gutxi gorabeherako zifrekin. Horregatik, emaitzak tentuz interpretatu behar dira. Nolanahi ere, datu kontserbadoreak ematea erabaki da, eta atal batzuetan, zalantzarik gabe, zifrak gutxiesten ari dira.

2023an guztira Osasun Sailaren aurrekontuko 317.477.929 euro enpresa eta entitate pribatuetara bideratu zirela kalkulatu da, hau da, aurrekontuaren %7. Gastuaren banaketa honakoa izan zen:

- Osasun-zerbitzuen ituna: partidarik garrantzitsuena da, 234.607.433 eurokoa (Osasun Sailaren aurrekontu osoaren %5,04).
- Osakidetza - Euskal Osasun Zerbitzuaren kanporatzeak (zerbitzu ez-sanitarioak): kopuru hori lortzea oso konplexua da, informazioa eskuratzeko zailtasunagatik eta «nahitaez» kanpora atera beharreko zerbitzuei buruzko eztabaidagatik. Kanporatzeak 53.972.496 eurotan zenbatesten dira, funtsezko zerbitzu ez-sanitarioak, errepikakorrak eta garrantzi handikoak soilik barne (ospitaleetako sukaldaritza, garbiketa, dokumentazioaren zaintza, instalazioen higienizazioa eta hondakinen kudeaketa).
- Osasun Sailaren zuzeneko kontratazioak hainbat lan mota egiteko: 16.255.968 €.
- Irabazi-asmorik gabeko entitateentzako dirulaguntzak: 12.642.032 €.

1. irudiak 2023ko Osasun Sailaren aurrekontuaren kontratazio eta banaketa fluxuak modu grafikoan azaltzen ditu.

1. irudia. ***Osasun Sailaren aurrekontuen diru-fluxuak. Eusko Jaurlaritza, 2023.***



Iturria*: Egileek egina, Osasun Saileko eta Gardenako datuak oinarri hartuta.*

13

EUSKADIN FINANTZAKETA PUBLIKOKO OSASUN ASISTENTZIAREN HORNIDURA EGITURAZ PRIBATIZATZEKO SISTEMA

Euskadiko osasun-horniduraren pribatizazioak ez du funtsezko aldaketarik izan azken hamarkadetan, eta osasun-sistema antolatzeko mekanismo estruktural eta errepikakor gisa finkatu da, hornitzaile pribatuen erabilera osagarri edo subsidiarioaz espero zitekeenaz harago. Osasun-araudiak baliabide propioak nahikoak ez direnean edo osagarritasun-arrazoiengatik erakunde pribatuekin laguntza hitzartzeko aukera jasotzen badu ere, denboran irauteak, itun horien bolumen iraunkorrak eta osasun-sistemaren barruan duten egitura-izaerak iradokitzen dute ez dela unean uneko premiei unean uneko erantzun bat ematea, baizik eta osasun-horniduraren egiturazko pribatizazio egonkor bat.

Egiturazko pribatizazio modu horrek, gainera, hain agerikoa ez den baina bereziki garrantzitsua den eragina du: osasun-sistema publikoaren beraren garapena eta autosufizientzia oztopatzen ditu. Zerbitzu edo prestazio jakin batzuk behin eta berriz kanporatzeak, une jakin batean gaitasun publiko nahikoa ez izateari erantzuteaz gain, sistemaren inbertsio, plangintza eta garapenerako erabakiak modu estrukturalean baldintzatzen ditu, eta horrek zaildu egiten du zenbait asistentzia-eremutan eta lurralde jakin batzuetan berezko gaitasunak finkatzea. Hornidura pribatua irtenbide egonkor bihurtzen denean, sistema publikoak pizgarriak galtzen ditu —eta batzuetan marjina operatiboa— baliabide propioak garatzeko, profesionalak prestatzeko, azpiegiturak handitzeko edo arreta modu autonomoan berrantolatzeko.

Prozesu horrek sorgin-gurpil bat sortzeko joera du: gaitasun publikoaren garapenik eza ituna justifikatzeko erabiltzen da; ituntze errepikakorrak, aldi berean, sistema

publikoaren inbertsioa eta garapena geldiarazten ditu; eta gaitasun propioaren gabezia hori, gerora, hornitzaile pribatuetara jotzen jarraitzeko beharra indartzen duen egitate tekniko edo natural gisa aurkezten da. Horrela, sistema publikoaren autosufizientziarik eza ez da ituna justifikatzen duen aurretiazko kausa bat, baizik eta, neurri handi batean, haren erabilera jarraituaren ondorio bat, sektore pribatuarekiko mendekotasun estrukturala sortzen duena, osasun sistemak biztanleriaren osasun beharrei modu ekitatibo, planifikatu eta iraunkorrean erantzuteko duen gaitasuna mugatzen duena, eta sistemaren beraren barruan lurralde eta funtzio desberdintasunak finkatzen ere eragiten duena.

Finantzaketa publikoko osasun-horniduraren pribatizazioaren bilakaera aztertzeko, gastu-iturri nagusia aztertuko dugu: Osasun Sailak hornitzaile pribatuekin egindako hitzarmena. Azken hamarkadan, gastu horren bolumena nahiko konstante mantendu da; izan ere, termino absolutuetan modu moderatuan handitu bazen ere 2013 eta 2023 artean, Osasun Sailaren gastu osoaren ehunekoan duen pisua pixka bat jaitsi zen, osasuneko gastu osoaren igoeraren ondorioz.

Duela urte batzuetatik ezarrita dauden eta euskal osasun-sistema publikoaren egituraren parte diren zerbitzu itunduen artean, honako hauek sartzen dira:

- Asistentzia zuzena: itun anbulatorioak, ospitalekoak eta osasun mentaleko zentrotakoak.
- Laguntza zerbitzuak: osasun-garraioa.
- Hitzarmen espezifikoak: zentro soziosanitarioak eta akordioak foru-aldundiekin.
- Bestelako gastuak: protesiak erostea eta familiei gastuak itzultzea.

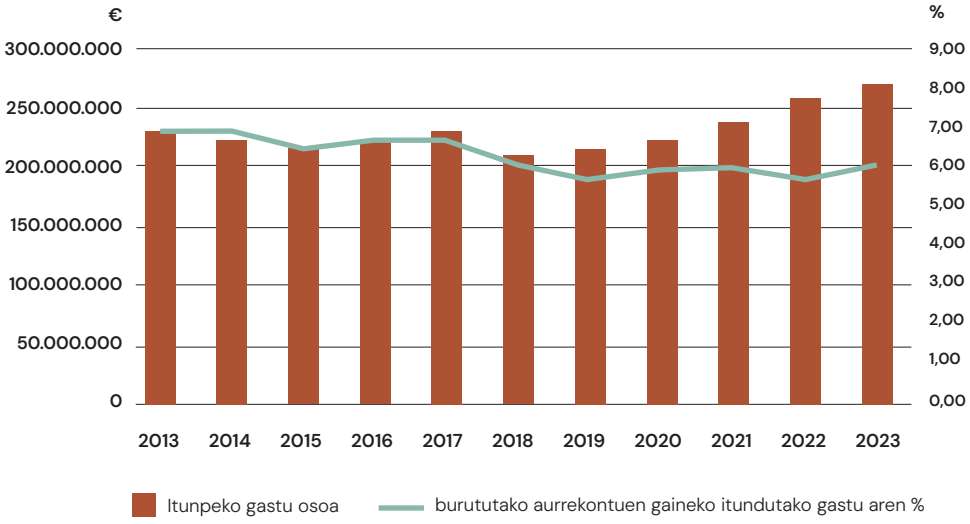
Gastu itundua pribatizazioa zenbatesteko erreferentzia gisa erabiltzen bada ere, partida batzuk baztertu egin daitezke, pribatizaziotzat hartzen denaren barruan ez bailirateke sartuko: protesiak erostea, gastuak itzultzea eta foru-aldundiekin egindako hitzarmen soziosanitarioak.

Partida horiek kenduta, gastuaren bilakaerak (29. grafikoa) honako ezaugarri hauek ditu:

- Hasierako aldia (2013-2016): gastua konstante mantendu zen.
- Murrizketa (2017-2019): itunpeko gastua nabarmen murriztu zen, bai guztizko bolumenari dagokionez, bai osasun-gastu publikoaren ehunekoari dagokionez, %5,79tik %4,63ra.
- Etengabeko hazkundea (2019tik aurrera): hitzartutako gastu osoa etengabe hazi

zen zifra absolutuetan. Hala ere, osasun-gastu publikoaren guztizkoan duen ehuneko pisua egonkor mantendu zen, azken horrek ere gora egin zuelako, itunetara bideratutako gastuaren hazkundea konpentsatuz.

***29. grafikoa.** Sailak Euskal Osasun Zerbitzua - Osakidetza ez den hornitzaileekin dituen osasun-itunei bideratutako gastuen bilakaera (protesien, familiei gastuak itzultzearen eta Aldundiekin hitzarmenen gastua kenduta). Osasun Sailean gauzatutako guztizkoa eta guztizkoaren gaineko %, 2013-2023.*

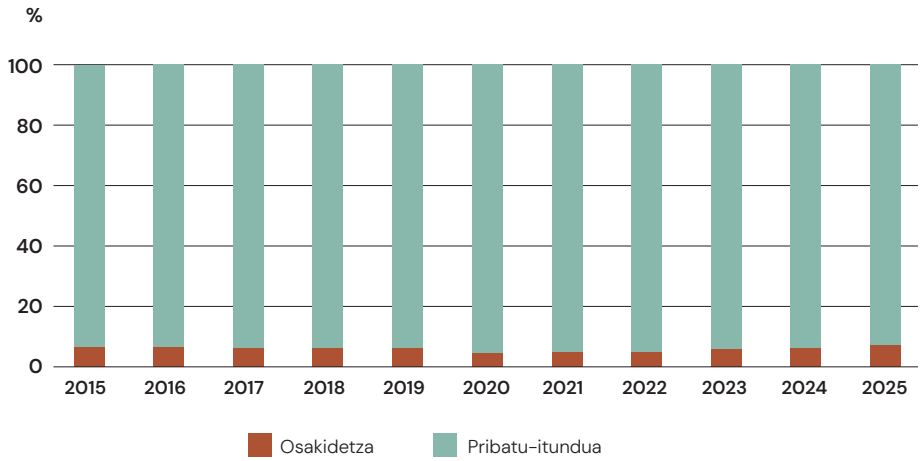


***Iturria:** Egileek egina, Gardenako datuak oinarri hartuta.*

Hitzarmenek oso gutxitan eragiten dute mekanismo iragankor gisa, edo aldi baterako; aitzitik, osasun-sistema publikoa garatzea ahalbidetzen ez duten egiturazko elementu gisa finkatzeko joera dute. Zerbitzu hauen adibide da Haurren Hortzak Zaintzeko Programa. 1990eko hamarkadatik dago abian, publikoki finantzatzen da eta hornidura mistoa du (publikoa/itunpekoa). Horren bitartez, 7 eta 15 urte bitarteko euskal biztanleria guztiak hortzak zaintzeko arreta jasotzen du. Estaldura horrek gutxi gorabehera modu egonkorrean adin tarte horretako biztanleriaren %66 barne hartzen du eta, haurren biztanleriaren aho-hortzetako osasuna modu positiboan hobetzeko ahalmena gorabehera, oraindik ere ez da sare publikoan txertatu. 2016tik programa horretara bideratutako urteko aurrekontua 5 milioi eurotik gorakoa da, eremu pribatuan funtsezko zerbitzu bat sendotuz eta hornidura publiko propio eta egonkor baten garapena mugatuz.

30. grafikoak HHZP programak artatutako biztanleriaren ehunekoaren bilakaera erakusten du, laguntza-sarearen arabera (pribatua/itundua edo publikoa). 2025ean, programan parte hartu zuten 7 eta 15 urte bitarteko 100 haurretatik 93 kontsulta pribatu batean artatu zituzten eta 7 Osakidetzan. Urteen joanean, pribatizazio ehuneko hori konstante mantendu da, eta hornitzaile publikoek artatutako erabiltzaileen ehunekoa ez da hazi.

30. grafikoa. HHZP zerbitzuan artatutako biztanleria guztiaren ehunekoaren bilakaera, asistentzia-sare motaren arabera. 2015-2025.



Iturria: *Egileek egina, urteko HHZP txostena (2015-2025) oinarri hartuta.*

Egiturazko pribatizazio dinamikaren beste adibide bat Gipuzkoako ospitale asistentzia da, non zentro pribatuekin egindako itunak konstante jarraitzen duen aztertutako aldi osoan. Kasu paradigmatiko bat Asuncion klinikarena da, Tolosaldea eskualde osoari ematen baitio ospitale-estaldura. Gainera, beste fundazio eta enpresa pribatu batzuek ospitale-arreta emateko urtean 10 milioi eurotik gorako kontratu errepikakorrak dituzte lurralde horretan.

Oro har, hitzarmen-mekanismo horiek indarrean jarraitzen dutenez, Euskadiko osasun-horniduraren pribatizazioa ez da iragankorra edo aldi baterako irtenbidea, asistentzia-ereduaren egiturazko ezaugarria baizik, eta metatze-ondorioak ditu, osasun-sistema publikoaren garapena, autosufizientzia eta etorkizuneko gaitasuna baldintzatzen dutenak.

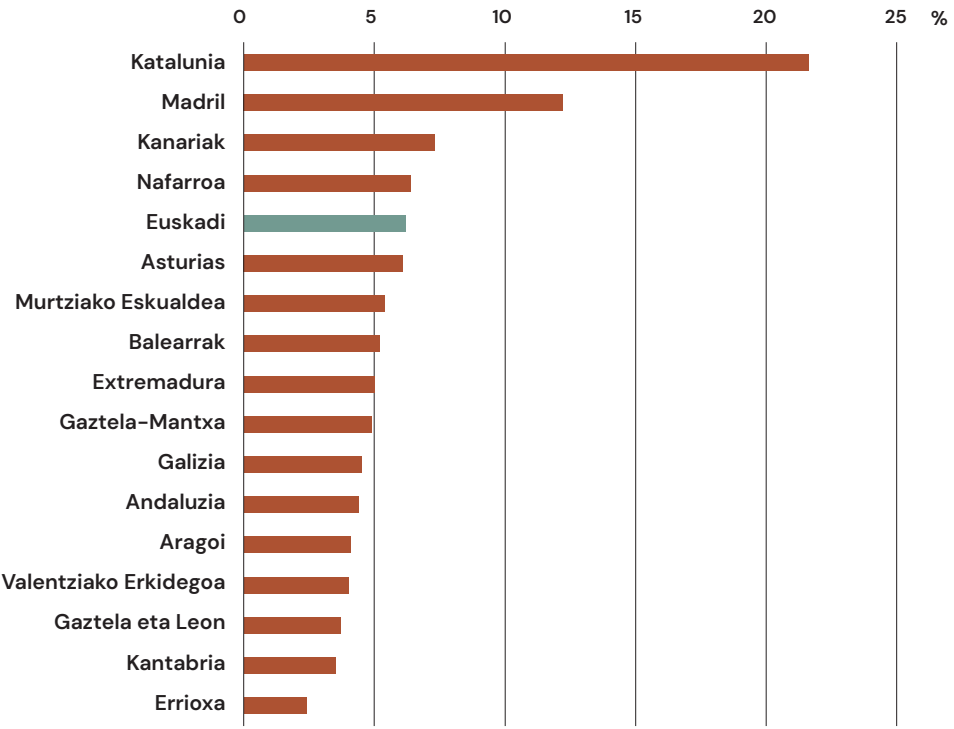
14

EUSKADIN OSASUN-ZERBITZUEN HORNIDURAREN PRIBATIZAZIOA HANDIA DA ETA ESTATUKO ESKUALDEEN ARTEAN HANDIENETARIKOA, BATEZ ERE GIPUZKOAN

Euskadik finantzaketa publikoko osasun-horniduraren pribatizazio-tasa nahiko altua (%6,2a) du estatuaren testuinguruan, 17 autonomia-erkidegoetatik 4k soilik gainditzen baitute (31. grafikoa). Pribatizazio-tasa handienak dituzten eskualdeen oso azpitik badago ere —Katalunia: %21,6 (Euskadi baino 3,5 aldiz handiagoa) eta Madril: %12,2 (2 aldiz handiagoa)—, 17 autonomia-erkidegoetatik 11tik baino pribatizazio-ehuneko handiagoa du, eta pribatizazio txikiena duten erkidegoen mailak bikoizten ditu —Errioxa: %2,4 eta Kantabria: %3,5—.

Euskadin, osasun-horniduraren pribatizazioak alde handiak erakutsi zituen. Gipuzkoan izan zen tasarik altuena (erakunde pribatuetara bideratutako aurrekontuaren %9,4), baina Bizkaian eta Araban ehunekoak nabarmen txikiagoak izan ziren (%4,4 eta %3,3, hurrenez hurren).

***31. grafikoa.** Enpresa edo entitate pribatuen itunetara bideratutako autonomia-erkidegoko administrazioaren gastu publikoaren ehunekoa. Espainiako estatua, 2024.*

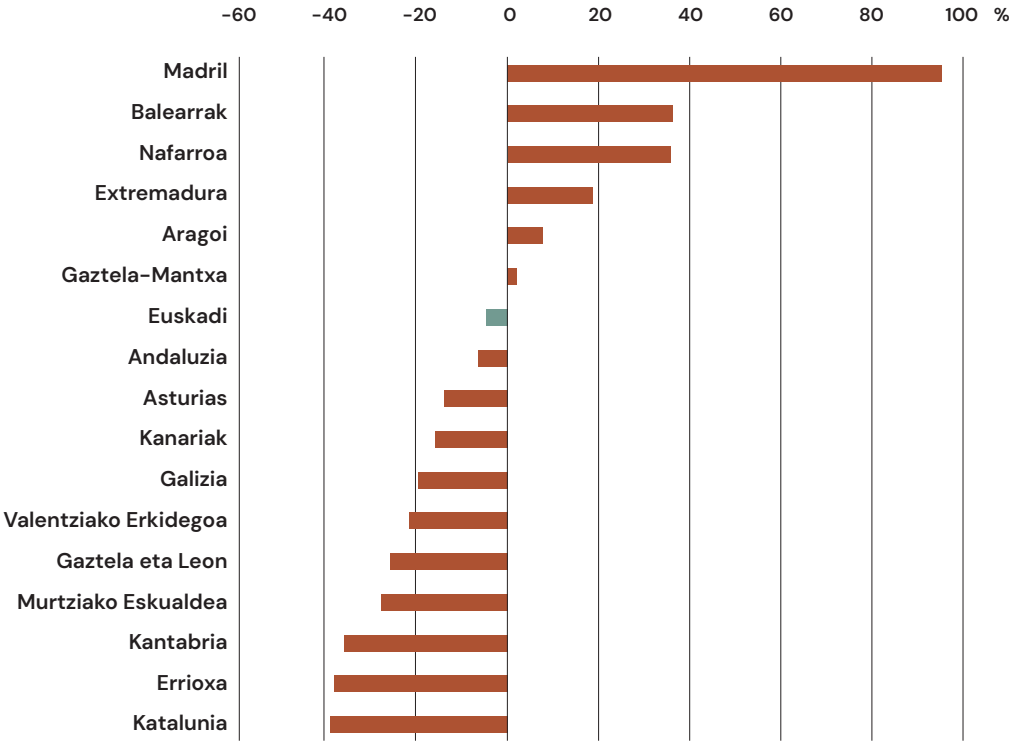


***Iturria:** Egileek egina, Osasun Ministerioaren datuak oinarri hartuta.*

***Oharra:** aurreko kapituluekin alderatuta, Euskadirako datua beste iturri batetik lortu da, gainerako autonomia erkidegoekin alderatzeko. Horren ondorioz, Euskadirako ematen den hitzarmen-maila ez dator bat zehazki aurreko kapituluetako datuarekin.*

2014-2024 aldiko osasun horniduraren pribatizazio prozesuari erreparatuta, Euskadin horniduraren pribatizazioa pixka bat murriztu zen, 17 autonomia erkidegoetatik 6k baino bilakaera positiboagoa erakutsiz, zeinetan pribatizazioa handitu egin zen. Hala ere, 10 autonomi erkidegok Euskadik baino maila handiagoan murriztu zuten bere pribatizazioa.

32. grafikoa. ***Enpresa edo entitate pribatuen itunetara bideratutako autonomia erkidegoko administrazioaren gastu publikoaren igoera edo murrizketaren ehunekoa, autonomia erkidegoen arabera. Espainiako estatua, 2014-2024.***



Iturria*: Egileek egina, Osasun Ministerioaren datuak oinarri hartuta.*

15

ENPRESA PRIBATUETARA BIDERATUTAKO OSASUN-GASTU PUBLIKOAREN ERDIA BAINO GEHIAGO OSASUN-GARRAIOA ETA OSPITALEETAKO ITUNAK DIRA

Hornitzaile pribatuei zuzendutako osasun-gastu publikoa zerbitzu gutxitan eta enpresa-kopuru mugatu batean biltzen da. 2023an, osasun-ituneko gastua (hitzarmen soziosanitarioak barne) 267.382.531 eurokoa izan zen. Transferentziarik garrantzitsuena garraio sanitarioarena da, 2023an 79.829.871 eurorekin, hau da, itundutako gastu osoaren %29,9. Gastu horren garrantziak, gainera, igoera nabarmena izan du 2013tik, guztizkoaren %20,8 baitzen orduan (48 milioi euro).



***9. taula.** Osasun Sailak Euskal Osasun Zerbitzua - Osakidetza ez den hornitzaileekin dituen osasun-itunak, zerbitzuen arabera. Euroak guztira eta itunpeko gastu osoaren ehunekoa. Euskadi, 2023.*

	€ guztira	Guztiaren %
Itun anbulatorioak	40.358.511	15,09
Osasun-itunak (ospitale akutuak, egonaldi ertain eta luzeak)	73.208.317	27,38
Osasun mentala	33.719.058	12,61
Osasun-garraioa	79.829.871	29,86
Gastuen itzulketa	3.386.754	1,27
Hitzarmen soziosanitarioak (aldundiekin)	32.269.650	12,07
Bestelako hitzarmen soziosanitarioak	4.610.370	1,72
Guztira	267.382.531	100

***Iturria:** Egileek egina, Gardenako datuak oinarri hartuta.*

Bigarren partida garrantzitsuena ospitaleetako itunak dira, zehazki, ospitale akutuetan arreta-gastuak eta epe ertain eta luzeko egonaldiak ordaintzeko. 2023an partida horren baitan 73.208.317 euroko transferentzia egin zen, hau da, itunpeko gastu osoaren %27,4. Aztertutako epealdian gastu horren bolumena murriztu egin zen. 2013an 87 milioi eurokoa izan zen eta 2023an 73 milioi eurokoa. Ospitale-arretan egiten den gastu hori zentro pribatu gutxi batzuetan pilatu zen. Hala, 2023 urtean, itundutako kopuruaren erdia baino gehiago bi klinika pribatura bideratu zuten: Asuncion Klinika eta Matia Fundazioa, irabazi-asmorik gabeko entitate pribatua. Gipuzkoa Poliklinika ere ospitale-zerbitzuak ohikoan eskaintzen dituen hornitzaile pribatuetako bat da (10. taula). Probintzien arabera, Gipuzkoak izan zuen pribatizazio mailarik handiena.

***10. taula.* Osasun Sailak itundutako publikoak ez diren ospitaleak. Euroak eta itundutako guztiaren ehunekoa. Euskadi, 2023.**

Ospitale ez publikoak	€ guztira	Guztiaren %
Asuncion Klinika	26.160.230	35,7
Matia Fundazioa	15.579.103	21,3
Gipuzkoa Poliklinika	13.992.984	19,1
San Juan de Dios	9.311.720	12,7
Gurutze Gorria	7.404.988	10,1
Quirón Vitoria	374.648	0,5
Beste batzuk	384.644	0,6
Guztira	**73.208.317**	**100,0**

***Iturria:** Egileek egina, Gardenako datuak oinarri hartuta.*

Ospitaleko asistentzia-jarduerari dagokionez, kontzertuetan emandako diruari buruzko datuak ez ezik, osasun-sistema publikoaren barruan baina titulartasun pribatuko ospitale batean hitzartutako ospitale-jardueren ehunekoari buruzko datuak ere badaude. Nabarmentzekoak dira ospitale-egonaldiak, non ospitale pribatuetan hitzartutakoak %12ra iristen diren, eta altak (%5). Gainerako asistentzia-jardueretan, ospitale pribatu batekin itun bidez egindako jardueren ehunekoa %5 baino txikiagoa izan zen. Kontuan izan behar da kontzertu horiek Osasun Sistema Nazionalaren baitako ospitale pribatuekin egindakoak baino ez dituztela jasotzen (ikus 11. taulako oharra), eta, beraz, ez dira jasotzen ospitale pribatuekin egindako itun puntualen esparruan egindako jarduerak, Osasun Sistema Nazionalarekin loturarik ez dutenak.

***11. taula.* Titulartasun pribatuko ospitale batekin hitzartuta osasun-sistema publikoan egindako ospitaleko asistentzia-jardueren ehunekoa*. Euskadi 2023.**

Jarduera mota	%
Altak	5,4
Egonaldiak	12,2
Kirurgia handi anbulatorioa	4,0
Kontsultak	3,0
Eguneko ospitaleratze saioak	1,7
Larrialdiak	1,5

***Iturria:** Egileek egina, Osasun Ministerioaren Arreta Espezializatuko Informazio Sistemaren datuetan oinarrituta.*

***Oharra:** Osasun Sistema Nazionaleko ospitaleak bakarrik sartzen dira, hau da, Osasun Sistema Nazionalari lotutako finantziazioaren edo jardueraren %80 baino gehiago duten ospitale publikoak eta pribatuak.*

Enpresa pribatuekin itundutako gastu anbulatorioa ere partida garrantzitsua izan zen, 2023an zehazki 40.358.511 euro, hau da, itundutako gastu guztiaren %15,1. Gastuaren bolumen eta ehuneko handiena arnas terapietan, oxigenoterapian eta hemodialisian egin ziren arren, partida horietara bideratutako gastuaren erdia baino gehiagorekin, errehabilitazio zerbitzuak, etxeko larrialdiak, PADI programa, baita proba diagnostikoak ere (hala nola ordenagailu bidezko tomografia axiala (OTA), erresonantziak eta beste batzuk) egin ziren (12. taula).

12. taula. Osasun Sailak hornitzaile pribatuekin dituen osasun-itun anbulatorioak. Euroak guztira eta gastu anbulatorio guztiaren ehunekoa. Euskadi, 2023.

Itun anbulatorioen partidak	Euroak guztira	Guztiaren %
OTA	1.351.548	3,3
Erresonantzia magnetikoak	2.518.266	6,2
Errehabilitazio anbulatorioa	1.538.413	3,8
Arnas-terapiak	14.453.892	35,8
Hemodialisia	9.014.552	22,3
Diagnosi-probak	444.789	1,1
Etxeko larrialdiak	5.168.883	12,8
HHZP	5.630.831	14,0
Beste batzuk	237.336	0,6
Guztira	**40.358.511**	**100**

Iturria: *Egileek egina, Gardenako datuak oinarri hartuta.*

Urteak dira arnas-terapietara bideratutako 14 milioi euroak bi enpresa-talde handietan pilatzen direla Grupo Gasmedi eta Linde Médica —azken hori 100 herrialdetan 600 enpresa baino gehiago biltzen dituen multinazionala da—. Etxeko larrialdiei dagokienez, 2017-2023 urteen bitartean Espainiako Air Liquide enpresa-taldeari (Care4Chronics) urtero gutxi gorabehera 4 milioi euro ordaindu zitzaizkien, eta 2023an 5 milioi eurotik gorakoa izan zen gastua. OTAk 2011z geroztik Scanner Vizcaya enpresa-talde pribatuarekin eta ABEE batekin ituntzen dira. Horrez gain, 2009tik Positroi-igorpenaren bidezko tomografiak (PET) Scanner Vizcaya taldeko Radiología Clínica Bizkaia enpresari azpikontratatu zitzaizkion, 2019an PET proba guztien zati bat Quirón taldeari ituntzen hasi ziren arte.

Osasun mentalari arreta emateko hitzartutako gastua ere egiturazkoa da, eta urtez urte errepikatzen da. 2023an 33.719.058 eurora igaro zen, eta %97 lau erakundetara bideratu zen: Aita Menni, 13.773.060 euro jaso zituena, San Juan de Dios Ospitaleak Arrasaten (9.891.229 €) eta Donostian (5.470.498 €), eta Usurbilgo Erietxea (3.592.526 €). Gainerakoa hirugarren sektoreko erakundeentzat edo elkarteentzat izan zen (13. taula). Berriro ere, Gipuzkoa izan zen pribatizazio handiena izan zuen lurralde historikoa.

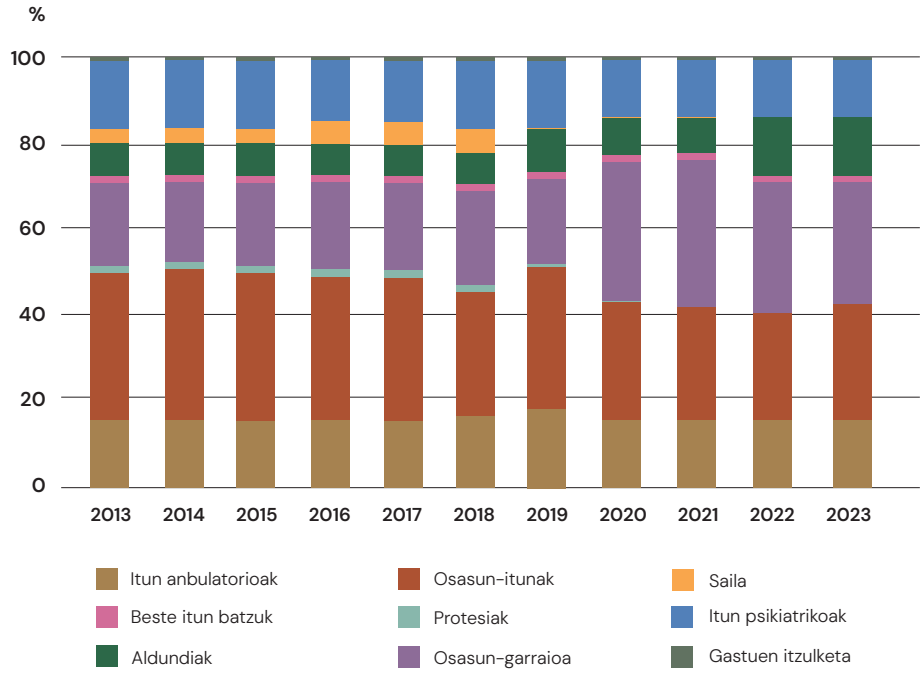
***13. Taula.* Osasun Sailak itundutako publikoak ez diren osasun mentaleko zentroak eta entitateak. Euroak eta itundutako guztiaren ehunekoa. Euskadi, 2023.**

Publikoak ez diren osasun mentaleko zentroak	Euroak guztira	Guztiaren %
Aita Menni	13.773.060	40,8
San Juan de Dios Arrasate ospitalea	9.891.229	29,3
San Juan de Dios Donostia ospitalea	5.470.498	16,3
Usurbilgo Erietxea	3.592.526	10,7
Beste batzuk	991.745	2,9
Guztira	**33.719.058**	**100**

Iturria: *Egileek egina, Gardenako datuak oinarri hartuta.*

33. grafikoak 2013-2023 urteen bitartean asistentzia mota desberdinen itunetan guztira egondako gastuak izandako pisuaren bilakaera azaltzen du.

33. grafikoa. ***Osasun-itunen bilakaera, asistentzia motaren arabera. Euskadi, 2013-2023.***



Iturria: *Egileek egina, Gardenako datuak oinarri hartuta.*

Orain arte deskribatutako guztiak Osasun Sailak entitate pribatuei kontratatutako osasun-zerbitzuak azaldu ditu. Horri gehitu beharko litzaizkioke, aldez aurretik aipatu den bezala, Euskal Osasun Zerbitzuak - Osakidetzak enpresa pribatuekin kontratatzen dituen zerbitzuak; nahiz eta hertsiki sanitarioak ez izan, ondorio garrantzitsuak dituzte artatutako biztanleriaren arretaren eta osasunaren kalitatean.

2023an, Euskal Osasun Zerbitzuak - Osakidetzak bere gain har ditzakeen zerbitzuen kanporatzeen zifra 53.972.496€koa izan zela kalkulatu dugu. Kalkulua egitean soilik ospitaleetako sukaldaritza, garbiketa, dokumentazio klinikoaren zaintza-zerbitzuak, instalazioen higienizazio zerbitzuak eta hondakin higienikoen kudeaketarako kontratuak sartu ditugu. Garbiketa, desinfekzio eta garbitegi gastuak osasun-gastua ez den azpikontratatutako gastu nagusia izan zen eta kontratuen batura 52 milioi euro baino gehiagokoa da. Gastu hori enpresa gutxiren artean banatu zen: Serveo Zerbitzuak ia 22 milioi euro jaso zituen 2023an, eta Garbialdik 11 milioi baino gehiago. Beste bi enpresek 8 milioi euro inguru lortu zituzten (14. taula).

14. taula. ***Euskal Osasun Zerbitzua - Osakidetzak garbiketa eta garbitegi zerbitzuen hornitzaileekin sinatutako kontratuen zerrenda, 2023.***

Kontratatutako zerbitzuaren kontzeptua	Kontratatutako enpresa	Esleitutako kopurua
Bilbo-Basurtuko ESIarentzako garbiketa- eta lorezaintza-zerbitzua	SERVEO SERVICIOS, S.A.	21.993.129
Barrualde-Galdakaoko ESIarentzako garbiketa- eta desinfekzio-zerbitzua	GARBIALDI, S.A.	11.418.075
Barrualde-Galdakaoko ESIarentzako garbiketa- eta desinfekzio-zerbitzua	OPTIMA FACILITY SERVICES, S.L.	8.085.807
Goierri-Urola Garaiko ESIarentzako garbiketa- eta desinfekzio-zerbitzua	ISS FACILITY SERVICES, S.A.	7.982.603
Ezkerralde-Enkarterri-Gurutzetako ESIko Lehen Mailako Arretako Zentroentzako garbiketa- eta desinfekzio-zerbitzua	ISS FACILITY SERVICES, S.A.	2.419.078
Bestelako garbiketa- eta garbitegi-zerbitzuak	Zenbait	159.063
	Guztira	**52.058.206**

Iturria: *Egileek egina, Gardenako datuak oinarri hartuta.*

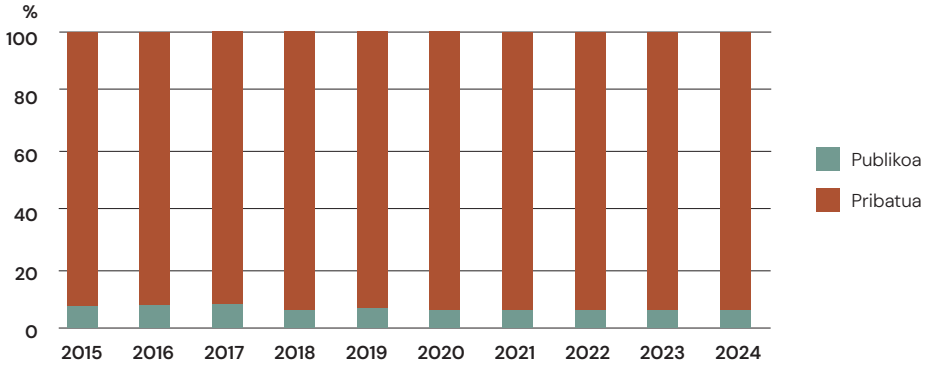
16

HAURDUNALDIAREN BORONDATEZKO ETENDUREN PRIBATIZAZIO BIKOITZA, %96 ZENTRO PRIBATUETAN EGITEN DIRA

2024an, Euskadin bizi ziren emakumeen haurdunaldiaren borondatezko 4.210 etete egin ziren guztira. Horietatik 4.152 Euskadin kokatutako zentroetan egin ziren.

Haurdunaldiaren borondatezko etendurak finantzaketa publikoko osasun-hornidura pribatizatzeko kasurik argienetako bat dira. Ia guztiak sistema publikotik finantzatu ziren arren, zehazki %93,7, ia guztiak ere (%95,7) zentro pribatu batean egin ziren. Pribatizazio-maila hori konstante mantendu da azken urteetan, eta pixka bat handitu ere (34. grafikoa).

***34. grafikoa.* Haurdunaldiaren Borondatezko Etenduren ehunekoaren bilakaera, praktikatutako osasun-zentroa publikoa edo pribatua izan zen kontuan hartuta, Euskadi 2015-2024.**

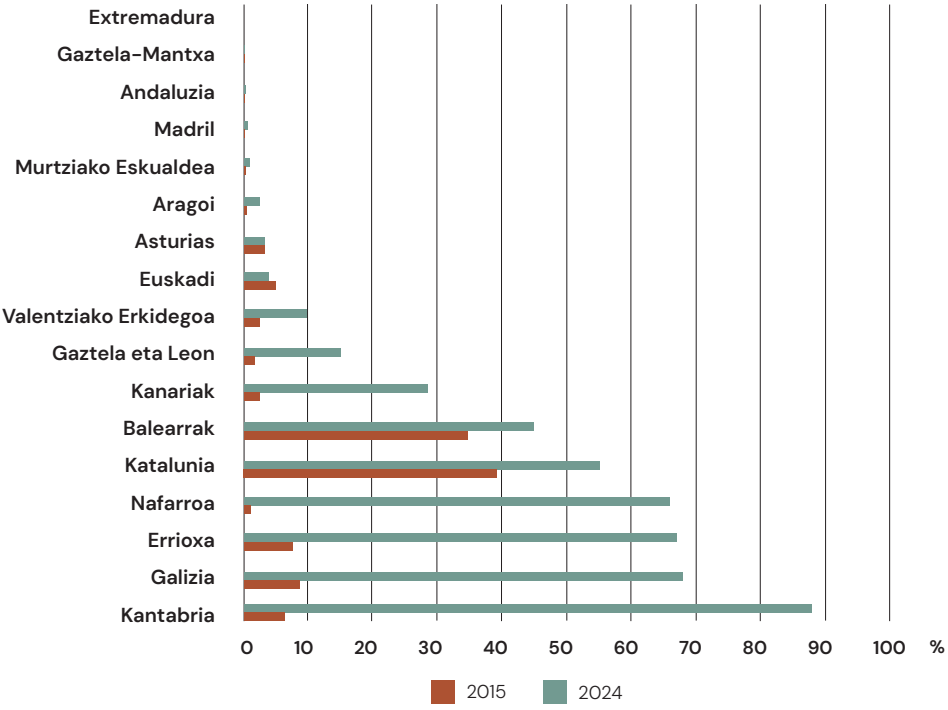


Iturria: *Egileek egina, 2025eko Osasun Ministerioaren datuak oinarri hartuta.*

Estatuko gainerako datuekin alderatuta, Euskadik pribatizazio-tasa altua du. Hala, autonomia-erkidego guztietan batez beste zentro publikoetan egin ziren haurdunaldiaren borondatezko etenduren %28,4, baina Euskadin ehuneko hori 4,3koa izan zen. Zentro publikoetan egiten diren esku-hartzeen erdia baino gehiago egiten diren bost autonomia erkidegoetatik urrun dago ehuneko hori: Katalunia, Nafarroa, Errioxa, Galizia eta Kantabria.

2015-2024 aldian, zentro publikoetan egindako haurdunaldiaren borondatezko etenduren ehunekoak behera egin zuen Euskadin. Autonomia erkidego gehienetan, berriz, gora egin zuen, eta gutxi batzuetan konstante mantendu zen. Zenbait erkidegotan, hazkundea bereziki aipagarria izan zen: zentro publikoetan egindako etenduren ehunekoa 10 baino txikiagoa izatetik %70etik gorakoa izatera pasa zen (35. grafikoa).

35. grafikoa. Zentro publikoetan egindako Haurdunaldiaren Borondatezko Etenduren ehunekoaren aldaketa, autonomia-erkidegoaren arabera, Espainiar estatua, 2015-2024.



Iturria: *Egileek egina, Osasun Ministerioaren datuak oinarri hartuta.*

Euskadin haurdunaldiaren borondatezko etenduren hornidura pribatizatzeak hainbat inplikazio ditu, eta merezi du aipatzea. Hasteko, egungo pribatizazio-sistemak aukeratzeko askatasuna galtzea dakar, ia ez baitago hornitzaile publiko bat aukeratzeko ahalmenik. Hala, haurdunaldia borondatez eten zuten EAEko emakume gehienak (10etik 8 inguru) osasun-zentro publiko batean haurdunaldiaren borondatezko etenaldiei buruzko informazioa jaso bazuten ere, zentro pribatu batera bideratu ziren, bertan egiteko. Horrek, halaber, laguntzaren jarraitasuna eta arretaren horizontaltasuna galtzea dakar.

Azkenik, haurdunaldiaren borondatezko etendurak kudeatzeko egungo sistemak esku-hartze horien pribatizazio bikoitza dakar (Osasun Ministerioa, 2025). Horrela, hornidura pribatizatzeaz gain, funts publikoak enpresa pribatuetara desbideratzen dira, eta sistema publikotik laguntza-eskumen bat kentzen da, zentro pribatu espezifikoetara mugatzen dena, eta ondorioz, sistemak ikusgarritasunaren eta izaera publikoaren zati bat galtzen du.



Osasun-plangintza, -formakuntza eta -ikerketa: noren esku daude osasun-sistemaren oraina eta etorkizuna?

17

GAUR EGUNGO ETA ETORKIZUNEKO OSASUN-PROFESIONALEN PRESTAKUNTZA, NEURRI HANDI BATEAN, ENPRESA ETA INTERES PRIBATUEN MENDE DAGO

Prestakuntza funtsezko alderdietako bat da osasun-sistemen etorkizunean, eta horren barruan sartzen dira etorkizuneko osasun-langileen prestakuntza, baita gaur egungoen etengabeko prestakuntza. Tradizioz, hiru eremu nagusi hartu izan dira kontuan osasun-prestakuntzan edo osasun-zientzietan: graduaurreko eta unibertsitateko prestakuntza, lanbide-heziketako zentroetan eta fakultateetan eskuratutakoa eta karrerako urteetan egindako praktika klinikoak barne hartzen dituena; prestakuntza espezializatua edo profesional bat esparru edo espezialitate jakin batean espezializatzen den denboran eskuratzen dena; eta etengabeko osasun-prestakuntza, bizitza profesional osoan egiten dena. Esparru horiek hainbat erakundetan garatzen dira, eta hainbat ezaugarri dituzte, bai orokorrak, bai pribatizazioaren ingurukoak.

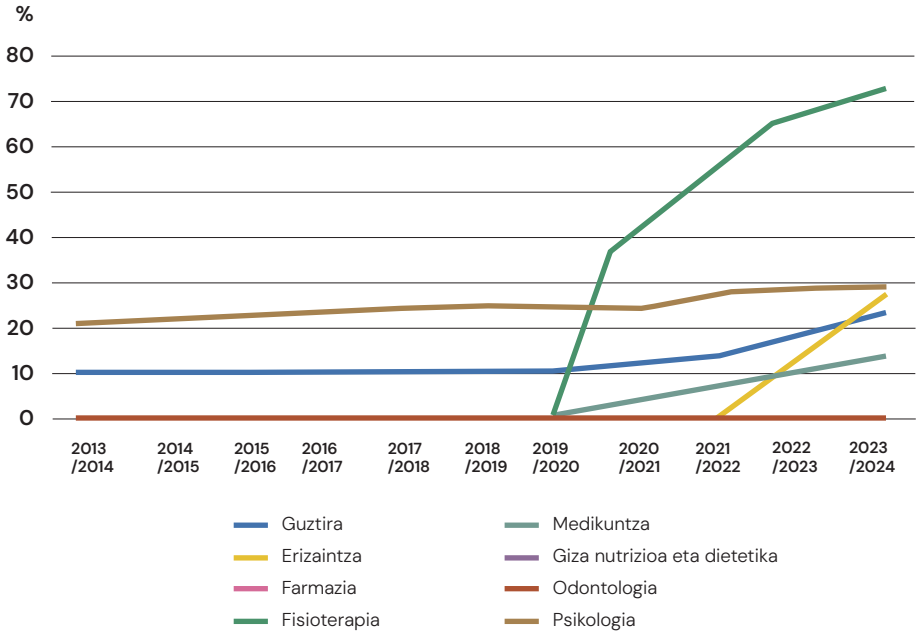
Graduaurreko eta unibertsitateko prestakuntzarekin hasita, hezkuntza-sistemaren ardura da hori, eta esparru horren pribatizazioa, funtsean, hezkuntza-erakunde pribatuen presentziak eragiten du, prestakuntza hori finantzaketa publikoari edo pribatuari esker ematen baitute. Graduaurreko prestakuntzaren kasuan, neurri handi batean lanbide-heziketako ikastetxeetan eta antzekoetan egiten da. Euskadin duen pribatizazio-maila handia euskal hezkuntza-sistemaren pribatizazio-maila handiaren ondorio da, Estatuko gainerako hezkuntza-sistemekin alderatuta. Osasun arloko

ikasleentzako datu espezifikorik ez dagoen arren, 2024-2025 ikasturtean, Eustaten Eskola Jardueraren Estatistikaren arabera, Euskadiko lanbide heziketako ikasleen %42,2 ikastetxe pribatu batean matrikulatuta zegoen, eta ikastetxe pribatu horrek finantzaketa publikoa jasotzen zuen gehienbat.

Unibertsitateko prestakuntzaren pribatizazio-maila txikiagoa da graduaurreko prestakuntzaren kasuan baino, baina azkar hazten ari da azken ikasturteetan. Hala, 2023-2024 ikasturtean, Euskadiko osasun graduetako unibertsitateko ikasleen %22,7 unibertsitate pribatu batean matrikulatuta zeuden. Ehuneko hori %9,4koa zen, lau ikasturte lehenago. 2020ra arte, graduko osasun prestakuntzaren pribatizazioa Psikologiaren kasuan bakarrik zen esanguratsua, 2013-2014 ikasturtean %20,4ko pribatizazio maila baitzuen. Hurrengo urteetan, pribatizazio hori pixka bat handitu da, 2023-2024 ikasturtean %28,0ra iritsi arte. Beste prestakuntza batzuen kasuan igoera askoz ere nabarmenagoa izan da. Hala, 2020-2021 ikasturtean Fisioterapiako ikasketa pribatuak hasi ziren, eta hiru ikasturte geroago baino ez, Euskadiko gradu horretako ikasleen %73,5ak unibertsitate pribatu batean ikasten du. Txikiagoa bada ere, nabarmentzekoa da Erizaintzako ikasketen pribatizazioaren hazkundea. Ikasketa horiek 2022-2023 ikasturtean hasi ziren eremu pribatuan, eta prestakuntza horretako ikasleen %18,2 sartu ziren hurrengo ikasturtean. Gainera azpimarratzekoa da Medikuntzako ikasketen pribatizazio progresiboa, 2020-2021ean hasi baitzen eta diziplina horretako ikasleen %13,4 hartu baitzuen 2023-2024an (36. grafikoa). Osasun Zientzietako gainerako graduetan, ikasketa guztiak unibertsitate publikoaren esparruan egiten dira. Graduko osasun prestakuntzan unibertsitate pribatuek duten presentziaren hazkunde hori Estatu osoan gertatzen den fenomenoa da, non osasun graduak dituzten unibertsitate pribatuen kopurua, batez ere medikuntzan, nabarmen hazi den. Hazkunde hori prestakuntzaren errentagarritasun ekonomiko handiaren ondorioz gertatu da, bai eta gradu horiek sortzea ahalbidetu duten hezkuntza- eta unibertsitate-politikako erabakien ondorioz ere, batzuetan kalitate estandar zalantzagarriak izan arren, eta etorkizuneko osasun-profesionalen beharrak unibertsitate publikoei asetzen utzi gabe. Masterreko ikasleei dagokienez, ez dago osasun-arloko datu espezifikorik, baina, oro har, Euskadiko unibertsitate-masterreko ikasleen %39,2 unibertsitate pribatu batean matrikulatuta dago.

Osasun arloko profesionalen graduaurreko eta unibertsitateko prestakuntza pribatizatzearen arrisku nagusiak dira. Alde batetik, matrikularen kostu handiaren ondorioz prestakuntza hori eta lanbide horiek eskuratzeko dauden oztopoak eta desberdintasunak. Bestetik, profesional sanitarioak gero eta profil sozioekonomiko elitistagoa eta gizartearen profiletik gero eta desberdinagoa izatea.

36. grafikoa. ***Unibertsitate pribatuetan matrikulatutako osasun-zientzietako unibertsitate-graduetako ikasleen ehunekoaren bilakaera. Euskadi. 2013/2014ko ikasturtetik 2023/2024ra.***



Iturria: *Egileek egina, Unibertsitate Estatistikan oinarri hartuta. Eustat.*

Prestakuntza espezializatuaren eta etengabeko prestakuntzaren kasuan, horiek ez dira hezkuntza-sistemaren erantzukizuna, baizik eta gehienbat osasun-sistemaren barruan gertatzen dira, edo erakunde edo gune espezifikoetan, hala nola ikastaroetan edo biltzarretan. Horrela, pribatizazio-prozesu gehienak farmazia-industriaren garrantziagatik eta presentziagatik gertatzen dira, baita prestakuntza-erakunde pribatuengatik ere.

Osasun zientzietako prestakuntza espezializatua, zehazki, egoiliar sistema eta formakuntza bidez garatzen da, eta hori da osasun espezialitateetan gaitasun profesionala lortzeko prozedura arautua. Sistema horretan, besteak beste, Medikuntza, Erizaintza, Psikologia, Farmazia, Biologia, Biokimika, Fisika edo Kimika titulazioak sartzen dira. Irakaskuntza-jarduera, gainbegiratze tutorizatua eta praktika kliniko progresiboa konbinatuz egiten da, egiaztatutako irakaskuntza-unitateen

barruan. Prestakuntza espezializatu horren zatirik handiena osasun-sistema publikoaren barruan egiten bada ere, zentro pribatuetan egiaztatutako irakaskuntza-unitateak daude, eta zentro pribatuetan ere prestakuntza aldiak egiten dira. Euskadiren kasuan, Matia Fundazioan egiaztatutako irakaskuntza-unitate bat dago, eta hiru Onkologikoa Fundazioan. Espezializazio-prozesuaren pribatizazio zehatz horrez gain, prestakuntza espezializatuaren egiturazko pribatizazioa dago, osasun-profesionalen etengabeko prestakuntzan gertatzen denarekin bat datorrena, eta farmazia-industriaren presentziaren ondorio dena.

Azkenik, etengabeko osasun-prestakuntza funtsezko alderdia da. Ezagutzak transmititze hutsaz gain, trebetasunak, jarrerak eta harremanetarako gaitasuna mantentzea eta garatzea bilatzen du, osasun-profesionalek pertsonei eta herritarrei osasun-sistemaren esparruan eskaintzen dieten asistentzia- eta prebentzio-prestazioaren kalitatea hobetzeko (Pardell, 2000). Etengabeko prestakuntzaren iturriak askotarikoak dira, besteak beste, irakurketa zientifikoa, kongresuetara joatea, bilera zientifikoak eta ikastaroak.

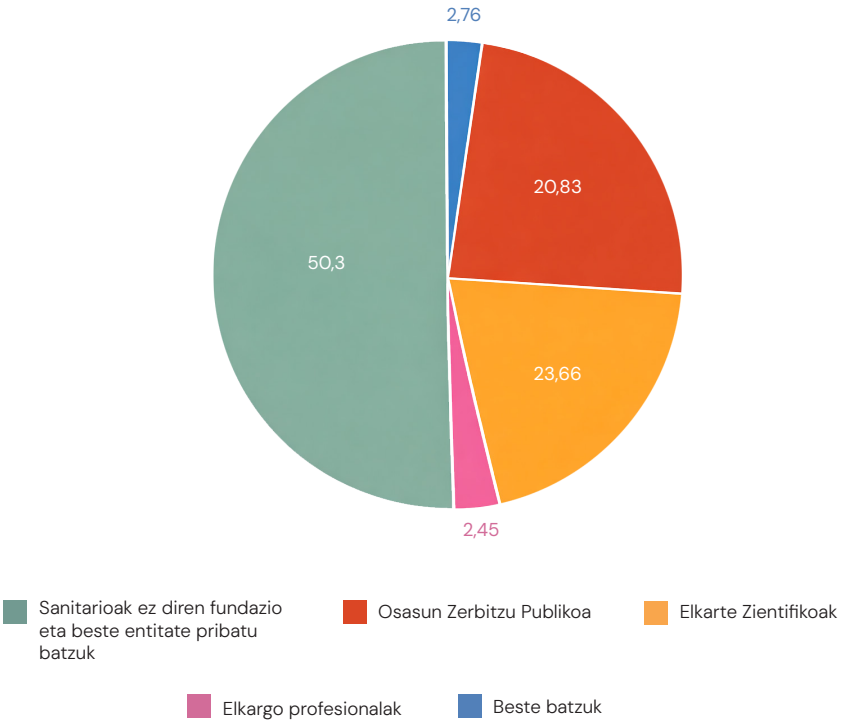
Osasun-arloko profesionalen prestakuntza-prozesuan enpresa pribatuen parte-hartzearekin eta eraginarekin gauzatzen da osasun-arloko prestakuntzan logika pribatizatzaileak sartzea. Espainiako Estatuan etengabeko prestakuntzaren hornitzaile nagusiak, zehazki medikuntzako profesionalak prestatzekoak, elkarte medikoak eta herrialdeko zein eskualdetako osasun sistemak dira, elkarte profesionalekin eta erakunde pribatuekin batera. Europako beste herrialde batzuetan bezala, prestakuntza horren babesle nagusia farmazia-industria da (Gual et al., 2005; Maisonneuve et al., 2009). Eragin hori, adibidez, farmazia-enpresen kasuan, jardunaldi edo biltzarren diru-laguntzan edo antolaketan ikusi da, edo osasun-sistema publikoko profesionalei osasun-teknikei buruzko prestakuntza-ikastaroak ematean, ospitaleen edota klinika pribatuen kasuan. Farmazia-industriak osasun-arloko prestakuntza- eta ikerketa-lanetan duen presentzia handia islatzen da enpresa horiek «balio-transferentziak» deitzen duten horretara bideratzen duten diruan. Termino horren bidez, profesionalei eta osasun-erakundeei egindako ordainketak aipatzen dira, eta transakzio horien merkataritza-izaera leuntzen saiatzen dira. 2024an, Farmaindustriako jardunbide egokien kodeari atxikitako laborategiek 784,5 milioi euro gastatu zituzten Espainian transferentzia horietan. Horietatik, 415 milioi euro osasun arloko profesionalei ordaindu zitzaizkien, batez ere medikuei, ikerketa eta garapeneko jardueretan parte hartzeagatik, eta 242 milioi euro etengabeko prestakuntzako jarduerak finantzatzeko. Halaber, 92 milioi bideratu zituzten zerbitzu profesionalak ematera.

Farmazia-industriak prestakuntza-mekanismoak erabiltzen ditu bere produktuak ezagutarazteko, bilera zientifikoen esparruan babesa emanez, argitalpen medikoetan iragarkiak jarriz eta ahoz modu pertsonalizatuan —ohiko bisita medikoan (Gómez Córdoba et al., 2007). Gainera, elkarte profesionalek ematen duten etengabeko prestakuntzan parte hartzen du. Elkarte horiek lan garrantzitsua egiten dute beren bazkideen prestakuntzan, eta osasun-informazioaren erreferenteak dira bai profesionalentzat, bai herritar guztientzat. Lanbide-elkarteek ez dute finantzaketa-bide garrantzitsurik, eta haien jarduera asko industriak finantzatzen ditu, batez ere asistentzia-profila duten eta preskripzioarekin edo teknologia erostearekin lotuta dauden jardueren kasuan (Ruano, 2011).

Euskadiren kasuan, «balio-transferentzia» horiei buruzko datu espezifikorik ez dago, baina egiaztatutako osasun-prestakuntzari buruzko datuak ditugu. Prestakuntza mota horri esker, prestakuntza hori hornitzen duten eragileen gutxi gorabeherako analisia edo monitorizazioa egin dezakegu. Egiaztatutako prestakuntza hori etengabeko osasun-prestakuntza osoaren zati bat baino ez bada ere, interesgarria da gutxi gorabehera modu sistematikoan erregistratuta geratzen delako. Etengabeko prestakuntza egiaztatua da profesional sanitarioen karreran balioa duen bakarra. Horrek eta osasun-sisteman sartzeko oposizioetan duen balioak negozio garrantzitsu bihurtu dute hainbat erakunde pribaturentzat. Lanbide Sanitarioen Etengabeko Prestakuntzako Batzordeak eta autonomia-erkidegoetako organo espezifikoek aitortu behar dute prestakuntza hori. Euskadin, Lanbide Sanitarioen Etengabeko Prestakuntzako Euskal Kontseilua da. Etengabeko prestakuntza LOPSek (44/2003 Legea, 2003) eta 1142/2007 Errege Dekretuak (1142/2007 Errege Dekretua, 2007) arautzen dute. Egiaztapena eska dezakete osasun-arloko profesionalei zuzendutako etengabeko prestakuntzako jardueren erakunde hornitzaileek, baldin eta berezko nortasun juridikoa, prestakuntza-gaitasuna eta -esperientzia egiaztagarria (gutxienez 5 urte) badute eta Euskadin egin eta antolatzen badira. Industriak egiaztatutako prestakuntza sanitarioaren finantzaketan parte har dezake, betiere prestakuntzaren erakunde hornitzaileak bere gain hartzen badu babes komertzialak edukien eta hizlarien independentzia, publizitatearen kontrola eta logotipo komertzialen presentzia ez baldintzatzeko ardura. Egiaztapenerako, eta erakunde babesleen eta hornitzaileen arteko harremanen gardentasuna bermatzeko, azken horrek kontseiluak proposatutako interes-gatazkaren adierazpena sinatu behar du, irakasleengandik antzeko adierazpen bat lortu eta programan aipatu. Profesional sanitarioentzako etengabeko prestakuntza egiaztatua arautzen duen eta interes-gatazkak prebenitzen saiatzen den araudia gorabehera, industria farmazeutikoak garapen eta praktika profesionalean duen eragina, hainbat ikerketaren arabera (Genta- Mesa eta Flórez, 2019; Rosenbaum, 2015), saihesten zaila den alborapena da.

2023an, Euskadin, egiaztatutako prestakuntza jardueren %20,8 bakarrik egin zuen osasun sistema publikoak. Fundazioek eta sanitarioak ez diren beste erakunde pribatu batzuek eman zuten prestakuntzaren zati handiena (jardueren %50,3), baita elkarte zientifikoek ere (%23,7) (37. grafikoa).

37. grafikoa. ***Erakunde hornitzaile motaren arabera egiaztatutako osasun-prestakuntzako jarduerak. Euskadi, 2023.***



Iturria: *Etengabeko prestakuntza egiaztatzeko Idazkaritza teknikoen memoria.*

18

INTERES EKONOMIKO PRIBATUEK ERAGINDAKO LEHENTASUNAK ETA EMAITZAK IKERKETAN

Osasun-arloko ikerketa funtsezko jarduera da osasun-sistemen etorkizunerako, praktika klinikoan ezagutza eta berrikuntza sortzea ahalbidetzen baitu. Gainera, osasun-lehentasunak zehazten ditu, baita inbertituko diren esku-hartzeak eta gaiak ere.

Osasun-arloko ikerketaren pribatizazioa, neurri handi batean, eragile pribatuak sartu direlako gertatzen da, bai ikerketa finantzatzean, bai hura gauzatzean. Pribatizazio horrek baldintzatu egiten du zer ezagutza sortzen den, norentzat eta zer helbururekin. Horren ondorioz, osasun-arloko ikerketaren lehentasunak ez dira biztanleriaren osasuna hobetzera bideratzen, onura ekonomikoa sortzera baizik. Adibidez, osasunean gehien inbertitzen duten gaixotasunak ez dira gaixotasun- eta hilkortasun-karga handiena sortzen dutenak, erosteko ahalmen handiena duten pertsonei eta herrialdeei eragiten dietenak baizik. Gainera, eragile pribatuak sartzeak baldintzatu egin ditzake independentzia zientifikoa, osasun-arloko ekitatea eta osasun-sistema publikoen iraunkortasuna bera.

Espainian, Farmaindustriaren datuen arabera, 2024an industria farmazeutikoak 1.533 milioi euro inbertitu zituen I+Gn, eta horietatik 900 milioi ikerketa klinikora bideratu ziren. Horrela, industria farmazeutikoak Espainian egiten diren saiakuntza klinikoen %83 finantzatzen du. Espainiako industria farmazeutikoak I+Gn egindako inbertsio osotik, 646 milioi euro ospitale, unibertsitate eta ikerketa-zentro publiko

eta pribatuak finantzatzeko erabili ziren, eta, beraz, finantzaketa pribatu bihurtu zen hori zentro horien finantzatzaile garrantzitsu eta jasangarritasunerako funtsezko eragile.

Euskadiren kasuan, ez dugu datu bereizirik aurkitu, baina bioteknologiako I+Gari erreparatuta, gehienbat giza osasunaren ikerketara bideratuta, 2023an gutxienez finantzaketaren %42 enpresa edo erakunde pribatuetatik zetorren (Eustat, 2024). Gainera, osasun sistema publikoaren esparruan egindako saiakuntza klinikoen %81 (BIOEF, 2025) industria farmazeutikoak sustatzen ditu.

Osasun-arloko I+G sistema orokorraren eta zentro publikoen finantzaketa pribatuarekiko mendekotasun horrek izugarri baldintzatzen ditu ikerketa-galderak, lehentasunezko eremuak eta garrantzitsutzat jotzen diren emaitzak, eta funtsezko alderdi gisa faktore komertziala sartzen du, biztanleriaren osasuna hobetzeko helburuaren kaltetan. Enpresa-eremuak ikerketan lehentasunak ezartzeko duen gaitasunak potentzial ekonomiko handiko eremuetara bideratzen du dirua, eta biztanleriaren osasuna hobetzeko potentzial handia duten arloen azpifinantzaketa sortzen dute, hala nola esku-hartze ez-farmakologikoak, osasun publikoa edo merkataritza-erakargarritasunik gabeko gaixotasunak. Ikerketaren deriba komertzial horrek, osasunaren hobekuntzan galera eragiteaz gain, medikalizazioa handitzea dakar, bai eta osasun gastu handiagoa ere.

Agente pribatuek ikerketa-jarduerak gauzatzea da osasun-arloko ikerketaren pribatizazioaren beste alderdietako bat. Hala, «osasun ikerketako euskal ekosistema» deiturikoan (BIOEF, 2025), erakunde publikoez gain –Osakidetza eta Euskal Herriko Unibertsitatea eta izaera juridiko hibridoa duten sektore publikoko beste organismo batzuk, titulartasun publikoa eta zuzenbide pribatuan oinarritutako funtzionamendua uztartzen dituztenak (BIOak)–, eragile pribatuak ere elkarrekin bizi dira, hala nola unibertsitate, erakunde sanitario edo ikerketa zentro pribatuak. Bioteknologiako I+Gko enplegatuei dagokienez, 2023an langile guztien %42,3 gutxienez erakunde pribatu batean zeuden enplegatuta, irabazi asmoarekin edo irabazi asmorik gabe.

19

PLANGINTZAREN PRIBATIZAZIOA: OSASUN-SISTEMAREN ETORKIZUNA ETA GIDARITZA ENPRESA PRIBATUEN ESKU

Osasun-plangintza funtsezko eginkizuna da edozein osasun-sistemaren barruan, aukera ematen baitu egungo egoera eta etorkizuneko beharrak aztertzeko, helburuak ezartzeko eta herritarren osasun-helburuak lortzeko ekintzak proposatzeko (Guix Oliver, 2012).

Biztanleriaren osasunerako duen rol estrategikoa dela eta, funtzio hori erakunde pribatuei lagatzeak edo delegatzeak arrisku handiak dakartza:

1. Baliabide publikoen gastua eta aprobetxamendu eza: enpresa pribatuei mesede egiten dien gastu publikoa da, gehienbat langile publikoek egin zitzaketen lanengatik.

2. Logika merkantilistak sartzea: osasun publikoa zuzentzen duten planetan logika merkantilistak eta interes pribatuak ezarri ahal izatea ahalbidetzen du. Horrek sistema bere helburu nagusitik (biztanleriaren osasuna hobetzea) urrundu dezake, merkatuko jomugen mesedetan.

Funtsean, osasun-plangintzaren azpikontratazioak osasun-sistemaren lehentasunen eta garapen-lerro estrategikoen gaineko erabakia enpresa pribatuaren arlora eramatea eragiten du (Sánchez Bayle, 2014).

Hala eta guztiz ere, plangintza sanitarioaren funtzioa gero eta gehiago eremu pribatura bideratu da, askotan aholkularitza-enpresa multinazional handien bidez, diagnostikoak egiteko, beharrak lehenesteko eta jarduerak proposatzeko, aholkularitzaren, prospekzio-azterlanen eta ebaluazioaren bidez. Berezko arriskua da proposamenak irizpide batzuen arabera egitea, eta irizpide horiek, batzuetan, ez daude interesgatazketatik salbuetsita.

2020tik 2024ra bitartean, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak aholkularitza, plangintza eta ikerketa lanak egiteko zerbitzuak 3 milioi euro baino gehiago bideratu zituen kontratuetan. Zenbaitetan enpresa-kudeaketan espezializatutako aholkulariak kontratatzen dira, osasun-kudeaketatik, osasun publikotik eta osasun-politiketatik oso urrun daudenak.

Hona hemen eginkizun estrategikoen eskuordetze horren adibide batzuk:

- Euskadiko Osasun Plana (2021-2028): osasun politikaren dokumentu gidaria da, eta, beraz, eragile pribatuei kanporatzeak Administrazioaren funtsezko eginkizun baten transferentzia azpimarratzen du. LKS enpresari egotzi zitzaion kontratua 2022an, 146.289 eurorengatik. Enpresa berak aurretik egin zuen aurreko planaren ebaluazioa (2013-2020), 50.578 euroren truke.

- Beste plan batzuk: Nauk Consulting S.M. enpresa Euskal Autonomia Erkidegoko Adikzioen VIII. Plana (2022-2026 aldirako) egiteko kontratatu zuten eta LKS enpresa Euskadiko Plan Onkologiko Integrala (2024-2030) egiteko.

- Osakidetza - Euskal Osasun Zerbitzuak bere funtzio estrategikoa ere eskuordetzen du. Adibide esanguratsua da 2025ean 2.178.000 eurotan Accenture, S.M. (Accenture enpresa-talde globalaren filiala) kontratatu izana Osakidetzan Datuaren Estrategiaren garapenean laguntzeko.

Kontratu horien jarraipena egitea zaila izan arren, datuek erakusten dute osasun-plangintza eta -politika pixkanaka pribatizatzen ari direla, bi ondorio nagusirekin: batetik, funts publikoak enpresa pribatuetara aldatzea, Administrazioak berak eta bertako langileek egin beharko lituzketen funtzioengatik, eta bestetik, askotan osasun publikoko politiketan eta kudeaketan espezializatuta ez dauden enpresei eskuordetzea.

20

EUSKADIKO OSASUN PRIBATIZAZIOARI BURUZKO GARDENTASUN HANDIAGOA BEHAR DA

Gardentasuna oinarrizko baldintza da erakunde publikoen funtzionamendu demokratikorako. Baliabide publikoak nola erabiltzen diren eta zerbitzuak nola antolatzen diren jakiteko informazio eskuragarria, ulergarria eta nahikoa izateak aukera ematen die herritarrei administrazioen jarduna ezagutzeko eta ebaluatzeko. Halaber, ezinbesteko baldintza da eztabaida sozial eta politikoan parte-hartze informatua izateko. Premia hori bereziki garrantzitsua da osasun-politiken eremuan, bai osasunaren balioagatik eta botere publikoek hura babesteko duten erantzukizunagatik, bai mobilizatzen dituen baliabide publiko eta pribatuen bolumenagatik.

Osasun-politiken gardentasun-eskakizun horren barruan, garrantzi berezia du sektore pribatuak osasun-arretan eta, oro har, osasun-politiketan betetzen duen zeregina ezagutzeak. Dokumentu honetan aipatu den bezala, osasun-pribatizazioaren alderdi garrantzitsuenetako bat da baliabide publikoak erabiltzea erakunde pribatuek emandako zerbitzuak finantzatzeko, itunen, kontratuen eta bestelako lankidetza-formulen bidez. Mekanismo horiei buruzko gardentasuna bereziki beharrezkoa da baliabide horiek nola eta norentzat diren jakiteko, haien erabileraren eraginkortasuna ebaluatzeko eta kontrola errazteko, baita irregulartasunak, interes-gatazkak edo ustelkeria-egoerak gertatzeko arriskua murrizteko ere.

Hala ere, gardentasuna enpresa edo erakunde pribatuei zuzendutako baliabide publikoen bolumena ezagutzea baino gehiago da. Dokumentu honetan erakutsi den bezala, pribatizazioa mekanismo oso desberdinen bidez gerta daiteke, eta mekanismo horietako batzuek ez dute esan nahi baliabide publikoak zuzenean erakunde pribatuei transferitzen zaizkienik; aitzitik, sistema publikoak biztanleriaren osasun-premien arretaren edo finantzaketaren gaineko erantzukizuna bere gain hartzen ez duenean ere gertatzen da. Pribatizazio-modu horiek bereziki kezkagarriak izan daitezke osasunaren eta ekitatearen ikuspegitik; izan ere, erantzukizun handiagoa ematen diete pertsonei, eta, ondorioz, arreta jasotzeko aukera beren ahalmen ekonomikoaren mende egon daiteke. Horregatik, garrantzitsua da osasun-kontuen jatorria eta izaera finantzarioa ezagutzea.

Dokumentu hau osatzeko egindako ikerketak berak agerian utzi du Euskadin osasun-pribatizazioaren irismena ebaluatzeko informazio osoa eskuratzeko dauden zailtasunak. Orrialde hauetan zehar deskribatu eta aurkezten den analisia lortzeko, ahalegin handia egin behar izan da iturri eta datu-base ugaritatik datorren informazioa bilatzeko, biltzeko eta aztertzeko, ez baitira beti erraz eskuratzeko modukoak. Prozesuan, eskaera espezifikoak egin dira, eta batzuetan, erreklamazioak aurkeztu zaizkie goragoko organoei, oinarrizko informazioa zuzenean emateari uko egin diotelako. Kasu batzuetan, ezin izan da beharrezko informazioa eskuratu. Azken batean, funtsezko informazioa urrun dago herritar guztientzat eskuragarria izatetik eta, beraz, erakunde publikoen gardentasunaren oinarrizko baldintzak betetzetik.

Era berean, eskura dagoen informazioa sakabanatuta egoten da maiz, hainbat sailkapen eta desagregazio-maila erabiltzen ditu, eta zenbait eremutan, informazio hori ez da nahikoa edo ez da argitaratzen, eta ezin da berariazko eskariz lortu. Beraz, ez dago aukera errealistarik sektore pribatuak euskal osasun-sisteman betetzen duen eginkizuna eta denboran zehar izan duen bilakaera modu erraz eta integratuan ezagutzeko.

Zehazki, txosten hau egiteko, honako informazio-iturri hauek erabili behar izan dira, osasun-pribatizazioaren dimentsio desberdinetara hurbiltzeko. Estatistika ofizialak, administrazio-erregistroak, aurrekontuei eta kontratuei buruzko informazioa, erakunde publikoen memoriak eta txostenak, eta administrazioaren atari ofizialetan berariazko eskaeren bidez lortutako informazioa erabili ditu. Taula honetan, erabilitako iturri nagusiak eta iturri bakoitzetik lortutako informazioa (15. taula).

15. taula. ***Informazio-iturriak eta bakoitzetik erabilitako informazioa.***

Informazio-iturria	Erabilitako informazioa
Euskadiko Osasun Inkesta (EAEOI). Osasun Saila, Eusko Jaurlaritza.	Osasun-sistemaren finantzaketari eta estaldurari buruzko iritzia; osasun-premien estalduraren pertzepzioa; gizarte-ezaugarrien araberako aseguramendu pribatua; hortz-arretaren erabilera, odontologia-arretaren finantzaketa, artatu gabeko hortz-premiak eta aho-hortzen osasuna.
Osasun-barometroa. Osasun Ministerioa/ Ikerketa Soziologikoen Zentroa (CIS, gaztelaniaz).	Arreta publikoa edo pribatua lehenestea; osasun-sistema publikoaren funtzionamendua baloratzea eta osasun-sistemarekiko gogobetetzea.
Euskal Soziometroa. Eusko Jaurlaritza.	Osasunaren pertzepzioa eta Osakidetza Euskadiko arazo nagusietako bat.
Ikuskerak. Eusko Jaurlaritza.	Osasun-gastua guztira; finantzaketa publikoa eta pribatua; etxeen zuzeneko gastua, aseguru pribatuak eta bestelako finantzaketa-iturriak; finantzaketaren banaketa osasun-funtzioen arabera.
Osasunaren kontua. Eustat.	Osasun-gastua guztira; finantzaketa publikoa eta pribatua; etxeen zuzeneko gastua, aseguru pribatuak eta bestelako finantzaketa-iturriak; finantzaketaren banaketa osasun-funtzioen arabera.
Osasunaren kontua / System of Health Accounts. Eurostat.	Euskadi Europako herrialdeekin alderatzeko erabilitako finantzaketa publikoa eta pribatua eta poltsikoko gastua.
Osasunaren kontua. Osasun Ministerioa.	Espainiako odontologia-laguntza anbulatorioaren finantzaketa publikoa eta pribatua.
Osasun-arreta pribatuaren estatistika. Eustat.	Osasun-aseguru pribatua duten pertsonen kopurua eta ehunekoa, bilakaera, lurralde-banaketa eta aseguramendu-modalitateak.
Biztanleriaren estatistika. Eustat.	Aseguru pribatuaren adierazleak kalkulatzeko adierazle gisa erabilitako biztanleriaren datuak, sexuaren eta adinaren arabera.

Informazio-iturria	Erabilitako informazioa
Ospitale-inkesta. Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila.	Ospitaleetako giza baliabideak, ospitale publikoetan eta pribatuetan egindako titulartasunaren eta asistentzia-jardueraren arabera.
Arreta Espezializatuko Informazio Sistema (SIAE, gaztelaniaz). Osasun Ministerioa.	Ospitaleen titulartasuna eta baliabideak; ospitale-jardueraren finantzaketa; ospitale pribatuekin itunak eginez egindako sistema publikoaren jarduera.
Gastu sanitario publikoaren estatistika. Osasun ministerioa.	Osasun itun pribatuetara bideratutako gastu publikoa eta autonomia-erkidegoen arteko konparazioa.
Aurrekontuak eta aurrekontu-betearazpenari buruzko datuak. Osasun Saila, Eusko Jaurlaritza.	Osasun-aurrekontua eta hornitzaile pribatuen itun, transferentzia, kontratazio eta bestelako finantzaketa-mekanismoetarako partidak.
Gardentasunaren ataria - Gardena/ Eusko Jaurlaritzaren kontratazio publikoaren plataforma.	Kontratuak, esleipenak, hornitzaileak eta zenbatekoak; osasun-itunak; osasun-garraioa; anbulatorio-zerbitzuak; osasun mentala; kanporatze ez-sanitarioak; aholkularitza eta plangintza sanitarioa.
Haurren Hortzak Zaintzeko Programa (HHZP). Osasun Saila/Osakidetza.	Artatutako biztanleak eta HHZParen jardueraren banaketa Osakidetzaren eta itunpeko sare pribatuaren artean.
Haurdunaldiaren borondatezko etenduren estatistika. Osasun Ministerioa.	HBE kopurua, finantzazioa eta gauzatze-zentroaren titulartasun publiko edo pribatua; bilakaera eta lurralde-alderaketa.
Eskola Jardueraren Estatistika. Eustat.	Osasun-prestakuntzari lotutako lanbide-heziketako ikastetxeen titulartasun publikoa edo pribatua eta ikasleak.
Unibertsitate-estatistika. Eustat.	Osasun-titulazioetan matrikulatutako ikasleak, unibertsitate publikoaren edo pribatuaren eta denbora-bilakaeraren arabera.
Prestakuntza sanitario espezializatuko irakaskuntza-unitate akreditatuen erregistroa.	Irakaskuntza-unitate akreditatuak eta zentro pribatuen presentzia prestakuntza sanitario espezializatuan.

Informazio-iturria	Erabilitako informazioa
Azterketa Klinikoen Espainiako Erregistroa (REec)/ Espainiako Medikamentu eta Osasun Produktuen Agentzia (AEMPS).	Entsegu klinikoak eta horien sustapenaren ezaugarriak, industriaren parte-hartzea barne.
Bioteknologiako B+G estatistika. Eustat.	Bioteknologiako B+Gko finantzaketa eta langileak, sektore publikoaren eta pribatuaren arabera.
BIOEF/EAEko osasun-sistema publikoaren datuak eta erregistroak.	Entsegu klinikoak eta euskal osasun-sistema publikoan garatutako ikerketa-jarduera, sustatzaile motaren arabera.
Lagundutako Giza Ugalketarako Zentro eta Zerbitzuen Erregistro Nazionala. Osasun Ministerioa.	Euskadin laguntza bidezko giza ugalketako teknikak eta baimendutako teknikak egiteko baimena duten zentro publiko eta pribatuak.
Lagundutako Giza Ugalketa Jardueraren Erregistro Nazionala.	Lagundutako ugalketa jarduera: zentroak, zikloak eta egindako teknikak.
Osakidetza – Laguntza bidezko Giza Ugalketarako Unitateak.	Zerbitzu publikoak, sarbide-irizpideak, tratamenduetarako ezarritako mugak eta jarduerari eta itxaronaldiari buruzko datuak.
Ugalkortasun-inkesta. Espainiako Estadistikako Institutu Nazionala.	Laguntza bidezko ugalketa-tratamenduen ugalketari eta erabilerari buruzko banakako informazioa, sarbide-desberdintasun sozioekonomikoak aztertzeko erabiltzen dena.

Iturria: *Egileek egina.*

Erreferentziak

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