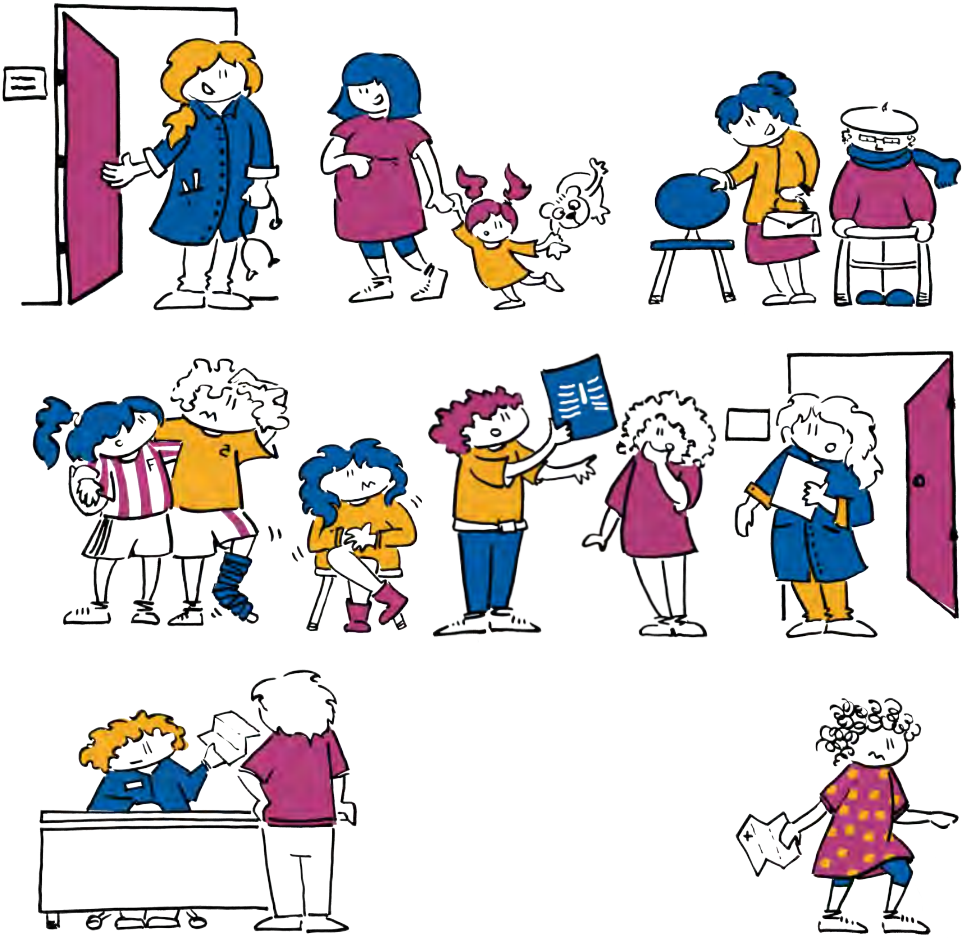
OSASUNERAKO ESKUBIDEAREN AURKAKO MEHATXUAK EUSKADIN

Desparekotasun sozialak eta osasun-sistemaren pribatizazio-prozesuak

medicusmundi



Osasunerako eskubidearen aurkako mehatxuak Euskadin.
Desparekotasun sozialak eta osasun-sistemaren pribatizazio-prozesuak.

Agiri hau txosten osoaren laburpen bat da:
Martín, U., Bacigalupe, A. Morteruel, M. Rodriguez, E. Font, R. Gonzalez E. Gonzalez-Rabago, Y. Mosquera I. Osasunerako eskubidearen aurkako mehatxuak Euskadin. Desparekotasun sozialak eta osasun-sistemaren pribatizazio-prozesuak. Medicus Mundi. 2017ko uztaila
Egileen curriculuma hemen ikus daiteke: www.ehu.eus/opik

Bertsio osoa hemen kontsultatu daiteke:
http://www.medicusmundi.es/eu/actualidad/publicaciones/argitalpenak/278 eta
http://www.ehu.eus/es/web/opik/privatizacion-desigualdad

Erabilera-baimena:
Osorik edo zati bat merkataritza-xederik gabe argitaratzea baimentzen da, betiere agiri horri aipamena egiten bazaio.

ISBN: 978-84-697-4193-1
Lege Gordailua: VI 518-2017
Irudiak eta maketazioa: A. Elorza Pinedo
Gasteizen inprimatua. 2017

Finantzatzen du:

OSASUNERAKO ESKUBIDEAREN AURKAKO MEHATXUAK EUSKADIN

Desparekotasun sozialak eta osasun-sistemaren pribatizazio-prozesuak

medicusmundi

Emaitzen laburpena eta gomendioak

AURKIBIDEA

AURKEZPENA 7

EMAITZAK 16

DESPAREKOTASUN SOZIALA OSASUNERAKO ESKUBIDEAREN AURKAKO MEHATXU GISA 16

1.Bizi-baldintzek determinatzen dute pertsonen osasuna 17

2.EAEn desparekotasun sozial handiak daude osasunean, ikasketa-mailaren, generoaren, gizarte-mailaren edo jaiolekuaren arabera 20

3.Osasun-arloko desparekotasun sozialak belaunaldi batetik bestera heredatzen dira EAEn 26

4.Osasun-sistemen ezaugarriek eta jarduerek areagotu edo gutxitu egin ditzakete osasun-arloko desparekotasun sozialak 29

5.EAEn desparekotasun txiki batzuk ageri dira arreta espezializatua eskuratzeko orduan, baina desparekotasun horiek handitu egiten dira prebentzio-zerbitzuen kasuan 32

6.Osasun-sistema publikoak estaltzen ez dituen zerbitzuek desparekotasun nabarmenak sortu zituzten EAEn, osasun-laguntza eskuratzeko aukeren aldetik 34

OSASUNAREN PRIBATIZAZIOA OSASUNERAKO ESKUBIDEAREN AURKAKO MEHATXU GISA 37

7.Osasunaren pribatizazioa arrisku bat da herritarren osasunarentzat 38

8.Euskal osasun-sistema publikoak legitimitate handia du EAEko gizartean, eta sistema publikoa, unibertsala, kalitateduna eta zergen bidez finantzatutakoa nahi du gizarte horrek 44

9.Osasunaren finantzaketaren pribatizazioa handitu egin zen EAEn krisialdiko urteetan 48

10.EAEn osasunean egiten den gastu orokorrean lau eurotik bat finantzaketa pribatutik dator, eta ehuneko hori inguruko herrialdeetako batez bestekoa baino handiagoa da 54

11.Osasun-aseguru pribatu batera jotzen duten pertsonen kopurua handitu egin da EAEn azken urteotan 58

12.Finantzaketaren eta aseguramenduaren pribatizazioa ere bada osasun-sistema publikoen ardura 61

13.Eusko Jaurlaritzak osasun-laguntzan inbertitutako hamar eurotik bat enpresa edo erakunde pribatuak kontratatzeko erabiltzen du; azken urteetan apur bat gutxitu da zenbateko hori 66

14.Akutuen ospitaleek, garraio sanitarioak eta osasun mentalak hartzen dute enpresa edo erakunde pribatuekin itundutako gastu publikoaren erdia baino gehiago 70

15.Bi erakunde pribatuk, Onkologikoak eta Asuncion Klinikak, urtean 20 milioi baino gehiago jasotzen dituzte diru publikotik 75

16.Osakidetzak 81 milioi euro erabili zituen osasunekoak ez diren zerbitzuak enpresa pribatuekin kontratatzeko 79

17.Publikoak ez diren entitateekin egiten diren osasun-itunen % 40 irabazi-asmorik gabeko erakundeekin egiten dira 82

18.Zerbitzu-horniduraren pribatizazioak jarrera kontrajarri nabariak sortzen ditu euskal osasun-sistemari dakarzkion arrisku eta onuren inguruan 85

19.Aseguru pribatuak dituzten pertsonen ehunekorik handiena Bizkaiko Herrialde Historikoan dago, eta Gipuzkoan xedatzen da enpresa edo erakunde pribatuetarako diru publiko gehiena 89

20.Gaur egun, EAEn osasun-arloko hezkuntza eta ikerkuntza gero eta gehiago pribatizatzeko arrisku larria dago 92

GOMENDIOAK 96

ERANSKIN METODOLOGIKOA 103

BIBLIOGRAFIA 106

AURKEZPENA

Osasuna gizaki ororen oinarrizko eskubideetako bat da, eta Medicus Mundik badaramatza 50 urte baino gehiago eskubide horren alde egiten, Osasunaren Mundu Erakundeak (OME) 1978. urtean Alma-Atan izenpetutako *Guztientzako osasuna 2000. urtean* adierazpenaren ildotik.

Adierazpen horretan ezartzen da gobernuek zein nazioarteko komunitateak dutela ardura oinarrizko osasun-laguntza jasotzeko pertsona guztien eskubidea bermatzeko; era berean, lehen mailako osasun arretaren aldeko apustua egiten du, prebenitzea sendatzea bezain garrantzitsutzat jota, esku hartzeko estrategia gisa.

Alma-Atako adierazpenean, nagusituriko eredu biomedikoaren aurrean, eredu biopsikosozial bat aldezten da, osasunari eragiten dioten kausa ekonomiko, sozial eta politikoen gainean jardutekoa. Izan ere, ezinezkoa da populazioen osasun-egoera isolatzea haien bizi-baldintzak determinatzen dituzten alderdietatik.

Herrialde pobretuetan, osasun-arazo nagusiak muturreko pobreziaren ondorio dira. Batez beste, OMEren datuen arabera, herrialdeok pertsonako eta urteko 20 dolar erabiltzen dituzte osasunean, osasun-zerbitzuen oinarrizko pakete baten gutxieneko kostua urtean 34 dolar denean pertsonako.

Bestalde, merkaturatzen diren botika berrien artean, % 1 baino ez dira halako herrialdeetako gaixotasun ohikoenak tratatzeko (malaria, tuberkulosia...), haietan pertsonal sanitarioaren eskasia kezkagarria egoteaz gain. Afrikak munduko gaixotasun guztien % 25 pairatzen ditu, baina kontinente horretan munduko pertsonal sanitarioaren % 3k baino ez du lan egiten.

Desparekotasun sozialek heriotza gehiago eragiten dituzte, faktore klasikoek baino, tabakismoak kasu. Esate baterako, neskato baten bizi-itxaropena 80 urtekoa da herrialde jakin batzuetan jaioz gero, edo 45 urtekoa,

beste batzuetan jaiotzen bada. Herrialde bakoitzaren barruan, orobat, badira osasun arloko alde handiak, gizarte-egoeraren ahultasun-mailari estu loturikoak. Euskal Autonomia Erkidegokoan (EAE), hiri bereko auzoen artean bizi-itxaropenaren aldetik dauden aldeak 10 urtekoak ere izan daitezke gizonezkoetan.

Garrantzitsua da nabarmentzea, halaber, generoen arteko desparekotasunak. Emakumeen bizi-itxaropena luzeagoa da; alabaina, gaixotze- eta ezintasun-indize handiagoak dituzte, faktore biologikoak direla eta, baina faktore sozialengatik ere bai. Sozializazio-ereduek, familia-rolek, betebeharrek, lan-espektatibek eta lan-motek gainkarga fisiko eta emozionaleko egoerak eragiten dizkiete emakumeei, eta horrek guztiak berekin dakar, bada, haiek gaixotze-tasa handiagoa izatea osasun-arazo kronikoen ondorioz.

Datu horren garrantzia dela eta, OMEk politika unibertsal "proportzionalak" aldezten ditu, hau da, gizarte-talde bakoitzaren desabantaila sozialaren maila kontuan izanez aplikatzen diren politikak. Eta gehitzen du hori bakarrik lortu ahalko dela "*sektore publiko sendo bat, konprometitua, gaituta dagoena, eta behar adinako finantzaketa daukana*" baliatuz gero.

Merkatu-arauak sartzea

Osasun-arloko desparekotasun sozialen jatorria askotarikoa den arren, ikusi dugunez, bada oinarrizko baldintza bat osasun unibertsala bermatu ahal izateko: laguntza jasotzeko aukera pertsona guztiei ziurtatzen dien osasun-sistema bat.

Alabaina, mehatxupean dago estatuek osasun-zerbitzu unibertsalak emateko betebeharra dutela ezartzen duen printzipioa, osasun-estrategiaren funtsezko aldaketa bat dela eta, osasun-estrategia hori, hain zuzen, merkatuaren arauen mende jartzea aldezten duena. Erreformak 80ko hamarkadan hasi ziren, ideia neoliberalak ekonomia garatuetan finkatu, merkatuen alderako fede itsua inposatu, eta pribatizazio-olatu bat Europa alderik alde zeharkatu zuen garaian.

Pribatizazioa muga lausoak dituen kontzeptu bat da, eta egun biziki eztabaidatzen ari da; izan ere, askotan, "pribatizazio" terminoaren barruan diskurtso desberdinak, eta are kontrajarriak, sartzen dira. Nolanahi ere, pribatizatzeko aukera gehien duten funtzionamendu-eremuak dira finantzaketa eta osasun-aseguramendua, osasun-plangintza, zerbitzu-hornidura, eta

osasun arloko prestakuntza eta ikerkuntza[1].

Eredu pribatuen ustezko eraginkortasun handiagoa izan da emandako argudioa pribatizazio-politiken alde egiteko. Eredu publikoa ala pribatua, zein den eraginkorragoa jorratzen duen eztabaidari ikuspegi filosofikotik hel dakioke. Baina egiazko eta egiaztatutako datuetan oinarritzen den eztabaida bat ere izan behar du. Eta hainbat ekonomistek egia errebelatuak balira bezala aldezten dituzten baieztapen asko oinarririk gabe geratzen dira errealitatearen argitan; gehien errepikatzen direnetako bat da kudeaketa pribatua, definizioz, kudeaketa publikoa baino eraginkorragoa dela azpimarratzen duena.

R. Rannan-Eliya eta A. Somantnan egileek *Access of the Very Poor to Health Services in Asia: Evidence on the role of health systems from Equitap* liburuan diotenez, Nazioarteko Diru Funtsak 30 herrialde pobretutan eginiko azterlanen arabera, gobernuek osasunean eginiko gastuaren guztizko prestazioek desberdintasuna gutxitu egin zuten.

Vietnamgo 80ko hamarkadako kasuak, adibidez, agerian utzi zuen kudeaketa publikoa eragimentsua eta eraginkorra izan daitekeela osasun-arloan. *Rural health care in Vietnam and China: conflict between market reforms and social need (International Journal of Health Services*, Huong, D.B., Phuong, N.K.) azterlanean erakutsi zen Asiako herrialde horretako gobernuak, baliabide gutxi eta gaizki kudeatuak eduki arren, oinarrizko zerbitzuen unibertsaltasuna bermatu zuela. Horren ondorioz, 40 urtean bakarrik, haurren heriotza-tasa ehuneko 90 jaitsi zen, eta bizi-itxaropena bikoiztu egin zen ia. Zoritxarrez, azken urteetan herrialde horretako eredu publikoa deseginda geratu da praktikan.

Beste adibide bat, alderantzizkoa, Ameriketako Estatu Batuena da, kudeaketa pribatuaren paradigma baita; hain zuzen ere, hango biztanleen artean ehuneko 27 baino ez daude sistema publikoaren estalduraren barruan. Datu horretatik abiatuta, pentsa liteke txikiagoa izan beharko lukeela osasunean egiten den gastuak, baldin kudeaketa pribatua eraginkorragoa

[1] Talde horien barruan, honako hauek daude: sistemaren zatikatzea, finantzatzen duen alde batean, batetik, eta erosten duen beste alde batean, bestetik; enpresako aseguru osagarrientzako zerga-arinketak; ospitaleak kudeatzeko enpresak sortzea; osasun-azpiegituren eraikuntzan partaidetza pribatua egotea; lehen mailako arreta kudeatzeko kooperatibak sortzea; osasun-barruti jakin batzuetan ospitaleko asistentzia zentro pribatuei lagatzea; barruti horietan lehen mailako zerbitzuak integratzea; zerbitzuen itunak eta azpikontratazioak ugaritzea; eta funtzionario publikoei osasun-laguntza aseguru-entitate pribatuek eman diezaieten mantentzea eta bultzatzea.

bada; alabaina, errealitatea da gastua handiagoa dela, bai per capita, bai BPGd-aren ehunekoan.

Gastua handiagoa bada, emaitzek osasun arloan askoz hobeak izan beharko luketela aurresuposatzen da. Alabaina, herrialde aberastuen rankingeko azken postuan dago haurren heriotza-tasaren zein bizi-itxaropenaren aldetik.

Halaber, ezin dugu ahaztu urtero mundu guztiko 150 milioi pertsonak osasun-gastu ikaragarri batzuei aurre egin behar izaten dietela eta 100 milioi pobrezian erori beharrean aurkitzen direla osasun-zerbitzuen zuzeneko ordainketa dela eta. Hori herrialde pobretuetan gertatzen da bereziki, baina beste batzuetan ere bai, hala nola Ameriketako Estatu Batuetan.

Badauzkagu, gainera, ebidentzia enpirikoak Erresuma Batuan eta Italian obra publikoaren emakidako formulak edo *Private Finance Initiative* (PFI[2]) direlakoak erabiltzearen inguruan. Aurreneko ondorioetako bat da lankidetza publiko-pribatuaren era horiek guztira kostu handiagoa dakartela, osasun-azpiegitura berriak eraikitzeko zuzeneko zorpetze publikora jo izan balitz baino. Horren arrazoiak dira, batez ere, emakidadun pribatuek kostu finantzario handiago batzuei aurre egin behar dietela eta mozkin-marjina bat aplikatzen dutela.

Espainiako Estatuan bi eratara kudeaturiko zentroak egonik, publikoak, pribatuak edo mistoak, haien datuak banan-banan erkatuz jakin liteke zein den eraginkorrena, eta errentagarriena, alde ekonomiko zein sozialetik. Gaurko egunez, baina, informazio hori ez dago eskuragarri. Horri dagokionez, Elcano Errege Institutuak salatu du gardentasunik eza estatuan eginiko pribatizazio-prozesuen berezko ezaugarria izan dela, eta esan du, gainera, bi hamarkadetan zehar hainbat formularekin esperimentatu izan den arren, ez dagoela ebaluazio independenterik.

FADSP federazioak (Osasun Publikoaren aldeko Elkarteen Federazioa, gaztelaniazko siglen arabera), datu deigarri batzuk ematen ditu horren inguruan, Madrilgo Erkidegoari dagokionez. Hala, esaterako, espezialisten kontsultak edo proba diagnostikoak sektore pribatura bideratzean, itxaro-

[2] Obra publikoaren emakidako formulen (*Private Finance Initiative*) helburua da sektore publiko eta pribatuaren arteko lankidetza lortzea, azpiegitura publikoak eta dagozkien berezko zerbitzuak aurrera eramateko. Esate baterako, enpresek eraikin bat eraiki, osasunekoak ez diren arloak kudeatu (jatetxe-arloa, garbiketa, etab.), eta administrazioari urteko kanon bat kobratzen diotenean.

te-zerrendetako pertsona-kopurua 27.672tik 77.689ra igaro zen 2005 eta 2014 artean.

Gastuaren murrizketa eta 16/2012 Errege Lege Dekretua (sistema publikoen funtsezko ezaugarri bat de facto kentzea ekarri zuen: unibertsaltasuna) Espainiako osasun publikoan mugarri bat finkatu zuten bi faktore izan ziren. 2009 eta 2013 artean, osasun-aurrekontu publikoan % 20,3ko jaitsiera gertatu zen. Horren ondorioa izan da, FADSPren datuen arabera, 12.000-23.000 milioi euro bitarteko eta 45.000-55.000 langile bitarteko gutxitze bat.

Sindikatuek salatzen dutenez, zifra horiek pertsonal sanitarioari dakarzkioten ondorioak dira kaleratzeak, ordainsariak izoztea, enplegu publikoko lanposturik ez egotea, aldi baterako pertsonala kontratatzeko mugak, eta presio asistentzial handiagoz lan egitea; eta herritarrei, itxarote-zerrenda luzeagoak, diagnostiko okerrak, osasun-zentroak ixtea, osasun-bazterketa, eta botiken koordainketa, ahaztu gabe, gainera, kolektibo jakin batzuk osasun-sistematik baztertu izana, hala nola etorkin papergabeak eta emigratzen duten espainiarrak.

Beste ondorio bat da, nahita bilatutakoa apika, erdi mailako ahalbideak dituzten pazienteek aseguru pribatu bat kontratatzea aintzat har dezaten, sistema publikoan hilabeteetan itxaron behar dutela ikusten dutenean, operatzeko, espezialista bat ikusteko, edo proba diagnostiko bat egiteko.

Osasun Ministerioaren 2015eko azterlan batek erakusten duenez, krisialdian osasun publikoa % 11 jaitsi zen, eta osasun pribatua, berriz, % 16 hazi zen. Bestalde, IDIS fundazioak (Osasunaren Garapen eta Integraziorako Institutua, gaztelaniazko siglen arabera), osasun-enpresa pribatu nagusiak biltzen dituen antolakundeak, alegia, aditzera eman du aseguratutako pertsonen bolumenak gora egin duela 2010az geroztik; eta gorakada hori, hain zuzen ere, gastu publikoa gehien jaitsi zen autonomia-erkidegoetan gertatu da batik bat. Erdi mailako klaseek sektore pribaturantz egin duten “ihesaldi” hori arrisku handia da sektore publikoarentzat, azken hori AEBkoaren antzeko sistema baterantz lerra bailiteke, hots, pobreentzat bakarrik den sistema publikoa baterantz. Bestela esanda, goraka ari den sistema pribatu bat egotea mehatxua izan daiteke sistema publikoaren iraunkortasunerako.

Etorkizunari begira

Mundu globalizatu batean, osasuna ondasun globala da; 2014ko ebola-epidemiak frogatuta utzi zuen ez dagoela mugarik, ez osasunarentzat, ez gaixotasunarentzat.

Garapen Jasangarriko Helburuen[3] 2030erako agenda abagune bat izan daiteke osasunean aurrerapenak egiteko. Izaera unibertsala du, eta horrek esan nahi du herrialde aberastuei zein pobretuei eragiten diela eta denek konprometitu behar dutela helburuak lortzea ahalbidetzen duten politiken aplikazioan. Osasunean, osasun-estaldura unibertsala da erdigunea, pobreziaren aurkako borrokarako estrategia gisa, baina arazoa da Estatu bakoitzaren esku uzten duela hori sistema publiko ala pribatuen bidez egitea.

Kontuan izan beharreko beste alderdi bat da zer ondorio izan ditzaketen nazioarteko tratatuek –TTIP[4] eta CETA[5] direlakoek kasu– osasunaren arloan. Besteak beste, hainbat adituk diotenez, ondorioak lirateke zuhurtasun-printzipioa ez aplikatzea elikagaiak, botikak eta gailu medikoak onartu eta merkaturatzeko garaian, herritarren osasunarentzako ondorio larriekin, medikamentuen eta teknologien merkantilizazioa eta behargabeko erabilera areagotzea, zerbitzu publikoak pribatizatzeko erraztasunak, eta jada pribatizatutakoa nazionalizatzeko ezintasuna, eta abar.

Mehatxu horien aurrean, 50 urte baino gehiagoko lan-esperientziari esker, medicusmundik esan dezake helburu hori betetzea posible izango dela bakarrik determinatzaile sozialen gainean esku-hartze irmo bat gauzatuz eta unibertsalak, doakoak eta lehen mailako arretan oinarriturikoak diren osasun-sistema publiko batzuen bidez. Izan ere, igaro diren urteak igaro-ta, oraindik badirau indarrean OME eratzeko adierazpenean esandakoak: "*….Gobernuek dute beren herrien osasunaren ardura, eta gizarte- eta osasun-zerbitzu egokiak ematen direnean baino ezin da hura erdietsi*».

---

[3] Nazio Batuen Garapen Jasangarriko Helburuak (GJH) Nazio Batzuen Erakundeko estatuek lorturiko akordio baten emaitza dira, eta Adierazpen bat, Garapen Jasangarriko 17 helburu, eta 169 jomuga barne hartzen ditu. NBEko estatuek 2030erako betetzen saiatzea hitzartu dute. Osasunak toki nagusi bat dauka "Bizitza osasuntsua bermatzea eta guztientzat adin guztietan ongizatea sustatzea" 3. GJHan; 13 jomugatan antolaturik dago, OMEren lanaren zati handi bati dagozkiola. GJS gehienek badute zuzeneko lotura osasunarekin edo osasunean lagunduko dute zeharka. Programa berria Milurtekoko Garapen Helburuetan oinarriturik dago, eta haren xedea da herrialde guztientzat egokia izatea; berdintasuna hobetzen zentratzen da, emakumeen, haurren eta pertsona behartsuenen eta ahulenen beharrizanei erantzuteko. (http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/es/).

[4] TTIP: Merkataritza eta Inbertsio Lankidetza Transatlantikoa (ingelesezko siglak: *Transatlantic Trade and Investment Partnership*).

[5] CETA: Kanadarekiko Ekonomia eta Merkataritza Akordio Globala (ingelesezko siglak: *Comprehensive Economic and Trade Agreement*).

Herrialde batzuek ia hutsetik hasi beharko dute beren sistemak eraikitzen, beste batzuek badauzkatenak sendotu eta mantendu beharko dituzte. Eta batzuek zein besteek maila globaleko politika fiskal batzuk eskatuko dituzte, gaur egun beren mugetatik kanpora alde egiten duena bildu ahal izateko. Horretarako, beharrezkoa izango da nazioarteko elkartasuna eta konpromisoa izatea…

Sistemek gainditu beharko dute finantzaketa publikoko osasun-laguntza egoera ahuleneko sektoreengana iritsarazteko duten ezintasuna, eta sistema horiek, halaber, zergen bidezko elkartasun gurutzatuan oinarritu beharko dute, gehiago dutenek gehiago ordaintzeko moduan. Horretarako, ekitatearen eta solidaritate edo elkartasunaren alderdiak berreskuratu beharko dira osasun-zerbitzuetan, ezin baitira haiek kudeatu enpresa bat balira bezala, epe laburreko irabaziak mugiarazirik.

Horrek ez du baztertzen kostuen eta finantzaketaren berrikuspena egitea, sistema eraginkorrago bat lortze aldera, baina unibertsaltasunaren eta doakotasunaren ikuspuntutik, herritar guztien berdintasunaren bermatzailetzat. Eta botere publikoek osasuna zuzenean antolatzen eta kudeatzen badute baino ez da posible hori.

Azterlan honen xedea da informazio kontrastatua eta zientifikoa ematea alderdi horien inguruan, osasun-sistema zehatz bat analizatuz eta ebaluatuz abiaturik: Euskal Autonomia Erkidegokoa.Ikerketak herritarren osasuna definitzerakoan parte hartzen duten determinatzaile sozialak aztertzen ditu, eta Euskadin sistema publikoak duen funtzionamendua ikuskatzen du, sistema erabiltzeko aukera-berdintasuna sustatzen duen ala ez. Era berean, EAEko osasun-sisteman gertatzen ari diren pribatizazio-prozesuak analizatzen ditu. Dimentsio horiek ez dute barne hartzen osasun-politika guztia, eta badira beste alderdi batzuk ere osasun-sistemaren bilakaeran funtsezkoak direnak, hala nola giza baliabideei buruzko politika. Dena dela, espero dugu ekarpena egitea debate lasai, serio eta zientifiko baterako, pertsona guztien osasunerako eskubidea bermatzen duten sistemak garatu eta kudeatzeko aintzat har-tzeko gakoen inguruan.

Medicus Mundi Álava/Araba
Medicus Mundi Bizkaia
Medicus Mundi Gipuzkoa

Osasuna oinarrizko giza eskubide bat da, ondasun global bat, eta justizia sozialeko gai bat. **Medicus**mundin, osasunerako eskubidearen arloko hainbat testuingurutan 50 urteko esperientzia izan eta gero, sinetsita gaude beharrezkoa dela sistema publiko bat, unibertsala eta doakoa, eta lehen mailako arretan oinarritutakoa, gainera. Osasun-estaldura unibertsala posible egingo duen sistema bat, pobreziaren aurkako borrokan bere ekarpena egingo duen eta desparekotasunak orekatzen lagunduko duen sistema bat.

Medicusmundi nazioarteko lankidetzarako elkarte bat da, osasun-arloan lan egiten duena, hala herrialde pobretuetan nola Euskadin, pertsona guztientzat doako osasuna, unibertsala eta kalitateduna lortzeko xedez. Eta horretarako, osasun-sistema publikoak sendotzea bultzatzen dugu, ikuskera holistiko batekin eta lehen mailako arretan bereziki eraginez.

Gure aburuz, osasunaren unibertsaltasuna giza eskubide gisa lortzeko, beharrezkoa da determinatzaile sozialak hobetzea eta sistema publiko eta unibertsalak bermatzea. Lan egiten dugun herrialdeetan (Peru, Ekuador, Guatemala, Honduras, Ruanda, Kongoko Errepublika Demokratikoa, Mozambike, etab.), osasun-sistema publikoen aldeko apustua egiten dugu, haiek ekonomikoki zein giza baliabideen bidez sendotuz, gizartea mobilizatzeko eragin politikoa eginez.

Nazioarteko lankidetzan egiten dugun lanak ez luke beharrezko koherentzia izango, printzipio horiek hemen ere, geure ingurunean, aldeztuko ez bagenitu. Euskadin eraldaketa sozialerako hezkuntza-ekimenak bultzatzen ditugu, sentsibilizazioaren, prestakuntzaren, ikerkuntzaren, eragin politikoaren eta mobilizazio sozialaren arloko hainbat ekintzarekin. “(H)ABIAN 2030” deritzon eraldaketa sozialerako hezkuntza-estrategian jasotzen den bezala, horren bidez “pertsonak erdigunean jarri nahi ditugu, pertsona ahaldunduak eta arduratsuak sustatuz, gizarteari, norberaren bizitzari zein bizi diren inguruneari begira, bizi den errealitatea eraldatzeko asmoa duen herritartasun global bat eraturik horrela”. Gu ere bat gatoz Euskadi mundu globalizatu baten zati delako ideiarekin, toki-mailatik bere ekarpena egin dezakeela bidegabekeria, desberdintasuna, bazterketa eta etsipenezko errealitatea eraldatzeko, pertsona eta kolektiboek berdintasuna, justizia eta elkartasuna lortzeko helburua har dezaten, beren gaitasunak garatuz, kontzientzia hartuz, eta eraldaketa horretarako hartutako konpromisoa betez.

Testuinguru horren barruan kokatzen da **medicus**mundi Arabaren, **medicus**mundi Bizkaiaren eta **medicus**mundi Gipuzkoaren ikerlan hau, ***Osasunerako eskubidearen aurkako mehatxuak EAEn: desparekotasun sozialak eta osasun-sistemako pribatizazio-prozesuak*** izenburuz. Garapenerako Lankidetzaren Euskal Agentziaren finantzaketa izan du, eta Euskal Herriko Unibertsitateko OPIK taldearekin (Osasunaren Gizarte Determinatzaile eta Aldaketa Demografikoari buruzko Ikerketa Taldea) lankidetzan egina da. Esan bezala, ikerlanaren helburua da eragin politikorako tresna bat izatea, informazio zientifikoan oinarrituriko eztabaida bat sortzeko modukoa, osasunerako eskubidearen egoeraren inguruan. Euskadiko testuingurutik, abiapuntua izan nahi du determinatzaile sozialek eta osasun-sistemaren arloko pribatizazio-prozesuek izan dezaketen eragina aztertzeko, denok osasuna eskuratzeko berdintasuna izateko garaian.

Irakurketa, ikerlanaren emaitzak dimentsio hauen arabera antolatu ditugu:

1. **DESPAREKOTASUN SOZIALA OSASUNERAKO ESKUBIDEAREN AURKAKO MEHATXU GISA.**
2. **OSASUNAREN PRIBATIZAZIOA OSASUNERAKO ESKUBIDEAREN AURKAKO MEHATXU GISA.**

Argitalpen honen azken kapituluan Medicus Mundi Arabak, Medicus Mundi Bizkaiak eta Medicus Mundi Gipuzkoak EAEko Osasun Siste¬ma Publikoa kudeatzen duten erakundeei egiten dizkiegun hainbat gomendio jasotzen dira, helburu argi bat erdiesteko: euskal osasun-sistema publiko bat bermatzea, unibertsala eta sendotua.

DESPAREKOTASUN SOZIALA OSASUNERAKO ESKUBIDEAREN AURKAKO MEHATXU GISA



1. Bizi-baldintzek determinatzen dute pertsonen osasuna.

Pertsonak jaio, hazi, lanean aritu eta zahartzen diren baldintzak osasunaren determinatzaile sozial garrantzitsuak dira, eta eragin nabaria izaten dute populazioaren osasunaren gainean.

Osasuna determinatzen duten faktoreak askotarikoak eta konplexuak dira, eta ulertu behar da gainditu egiten dituztela eredu biomediko klasikoak aintzat hartzen dituen horiek, alegia, karga genetikoa, pertsonen ezaugarri biologikoak ingurunearekiko interakzioan, eta osasun-zerbitzuen jarduera populazioaren osasunaren baldintzatzaile nagusi gisa. Gorputza eta haren ikerketa, beraz, medikuntzaren ia ondare esklusiboa lirateke, eta berak eskura dauden ezaguera eta baliabide onenak erabiliko lituzke (farmakologia, kirurgia-metodoak, etab.) haren funtzionamendu egokirako. Ikuspegi horren arabera, espero izatekoa da ikerkuntza biomedikoan eginiko inbertsioek hobekuntza sakonak eragin ditzaten populazioaren osasunaren gainean. Osasuna ulertzeko paradigma hori izan da nagusia Mendebaldeko zientzia medikoan XIX. mendeaz geroztik, eta azken hamarkadetan haren nagusitasuna ahuldu den arren, herritarrek beren osasunaren, osasun hori determinatzen duten faktoreen zein tratatzeko moduen inguruan dituzten sinesmen eta kontzeptualizazio gehienek eredu horren oso eragin handia dute.

XX. mendean zehar, osasuna eta haren determinatzaileak ulertzeko eredu biomedikoari askotariko kritikak egin dizkiote diziplina askok, baita medikuntzak berak ere. Gaixotasunen eta haien determinatzaileen etiologia deskribatzeko garaian gehiegizko erredukzionismoz jardutea nabarmentzeaz gain, bai eta gaixotasun kronikoen agerpena ulertzeko oso baliagarria ez izatea ere, gaixotasunaren kontzeptua bera, entitate unibertsal gisa, era sakon batean jarri izan da zalantzan. Postulatu horren aurkako kritiken oinarria begi-bistako ideia bat da, alegia, kultura bakoitzean gaixotasunak desberdin definitzen direla eta gaixotasunon definizio medikoa denboran zehar aldatzen dela. Une eta toki jakin batean gaixotasuntzat zer jotzen den, gizartearen arau eta balioen araberakoa da, bai eta une horretan nagusi diren diskurtsoen eta botere-harremanen araberakoa

ere. Bestalde, praktika medikoa, beste edozein jakintza-gorputz bezala, hura eraikitzen duen balio-sistema baten barruan ulertu behar da, eta, horrenbestez, ezin da neutrotzat jo, badaudelako indar sozial, politiko eta ekonomiko handi batzuk, gaixotasun bat zer den edo zer ez den eta halakoari nola aurre egin behar zaion ezartzen dutenak. Kritika hori harago joan da ezagutza medikoa sistema kapitalistaren tresna bat dela dioten egileen kasuan; tresnak sistema horri laguntzeko funtzioak betetzen ditu, funtzio ideologikoak, status quoari eustea edo osasun-egoera pribatizatzea eta despolitizatzea bermatzeko, eta funtzio ekonomikoak, mozkinak sortzeko eta klase arteko desparekotasunezko harremanak berrekoizteko helburuz (Navarro, 1986; Doyal y Pennell, 1979; Hyde *et al.*, 2004).

Praktika medikoak populazioaren osasuna hobetzeko duen inpaktuari dagokionez, eredu biomedikoarekin kritikoak diren ikuspuntuek zalantzan jarri dute biomedikuntzaren aurrerapen handiak izatea industria-gizarteetako heriotza-tasa jaistea zein egungo gizarteetan bizi-itxaropena etengabe hobetzea eragin dutenak (Mckeown, 1976). Egile horrek erakutsi zuen XVIII. eta XIX. mendeetan zehar heriotza-tasak izan zuen jaitsiera gertatu zela, batik bat, populazioen bizi-baldintzen hobekuntzei esker, eta ez medikuntzaren aurrerapenei esker, azken horiek, handiak izan arren, eragin mugatua izan baitzuten. Faktore sozialak nahiz gizartearen egituraren ezaugarriek gaixotasunen agerpen eta aurrerapenean duten garrantzia aintzat hartzea asko garatu da azken urteetan, hainbat diziplinaren ekarpenak direla medio, soziologia, psikologia, epidemiologia, ekonomia, historia edo antropologia, besteak beste, tartean direlarik. Ekarpen horiek *osasunaren eredu sozialak* deitutakoen barruan sartzen dira; halakoek, hain zuzen, hainbat ekarpen teoriko eta enpiriko biltzen dituzte, guztien oinarrian ideia bera datzala, alegia, osasuna gizartearen produktu bat dela eta osasunean, beraz, hainbat determinatzaile sozialek eragina izaten dutela.

Osasunaren determinatzaile sozial nagusiak zein diren argienik deskribatu duten eredu kontzeptualen artean, Dahlgren eta Whitehead egileek (1993) proposaturikoa dago. 1.1. irudian ikus daitekeenez, eredu horrek osasunaren determinatzaileak eragin-estratu edo -geruza gisa irudikatzen ditu. Erdigunean, pertsonek dauzkaten faktoreak kokatzen dira, printzipioz aldaezinak diren faktore batzuk, hala nola adina, sexua edo faktore hereditarioak. Halakoen inguruan, askotariko politiken bidez alda daitezkeen faktoreak daude, mikroenetatik makroenetara. Hala, bigarren geruzan, osasunari loturiko jokabideekin zerikusia duten faktoreak ageri dira, hala nola erretzea, edatea edo ariketa fisikoa egitea. Hirugarren geruzan,

gizartearen eta komunitatearen eraginak daude, hau da, pertsona arteko harremanak, laguntza sozial eta komunitario gisa. Laugarren geruzan, beste alderdi batzuen artean, bizi- eta lan-baldintzak, elikadura-sistema edo oinarrizko ondasun eta zerbitzuak –osasun-sistema kasu– erabiltzeko aukera sartzen dira, pertsonek beren osasuna mantentzeko aukera baldintzatzen duten hainbat faktore, alegia. Azkenik, baldintza sozioekonomiko, baldintza kultural, baldintza politiko zein ingurumen-baldintza orokorrenak ageri dira; gizarte guztiak, hain zuzen, halakoen barruan kokatzen dira, eta baldintzatu egiten dute lehen aipatutako determinatzaile sozialek nola eragiten duten pertsona zein komunitateen osasunaren gainean.



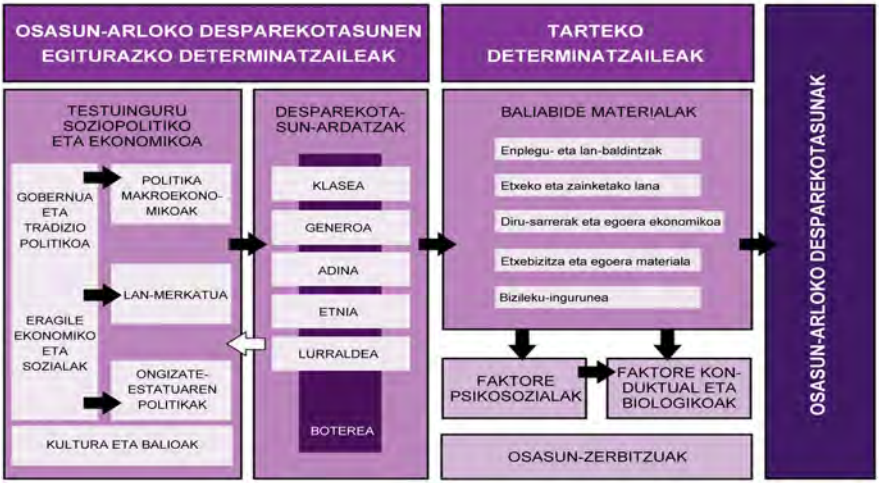
1.1. Irudia. Dahlgren-en eta Whitehead-en determinatzaile sozialen eredua
Iturria: Dahlgren eta Whitehead, 1993

2. EAEn desparekotasun sozial handiak daude osasunean, ikasketa-mailaren, generoaren, gizarte-mailaren edo jaiolekuaren arabera.

Osasunaren determinatzaile sozialak gizarte-taldeen artean ekitatiboki banatuta ez daudenez, EAEko herritarren artean desparekotasun sozial handiak daude, bizilekuaren, gizarte-klasearen, ikasketa-mailaren edo generoaren arabera.

Hainbat azterlanek agerian utzi dute osasunaren determinatzaileak desberdin banatzen direla gizarte-taldeen artean, eta horrek desparekotasun sozial handiak dakartza osasunaren aldetik. Ildo horretan, populazioari dagokionez azken hamarkadetan gertatu diren osasun-arloko lorpenak –hala nola bizi-itxaropena nabarmen luzatzea edo desgaitasuna gutxitzea– ez dira berdin iritsi gizarte-talde guztiengana, osasunari loturiko aukera eta baliabideetan desparekotasunak daudelako gizarte-klase, sexu, etnia edo bizileku bateko edo besteko pertsonen artean, beste faktore batzuen artean, eta desparekotasun horiek, hain zuzen, eragiten dute egoera ahuleneko kolektiboek sistematikoki osasun-egoera okerragoa izan dezaten. Zenbait eredu osasun-arloko desparekotasun sozialak agertzea esplikatzen duten faktore nagusiak ordenatzen saiatu dira, eta horietako bat dugu *Comisión Española para la Reducción de las Desigualdades Sociales en Salud* delakoak («Osasunaren Arloko Desparekotasun Sozialak Murrizteko Espainiako Batzordea») erabili zuena, 2.1. irudikoa, alegia. Hala, ikus daiteke osasun-arloan egiturazko determinatzaileak eta tarteko determinatzaileak deitutakoek baldintzatzen dutela ekitatea. Egiturazko determinatzaileen barruan testuinguru sozioekonomiko eta politikoari loturiko alderdiak daude, eta gizarte baten egitura sozialaren ezaugarriei dagozkie: gobernuen tradizio politikoa eta ondoriozko politika makroekonomiko eta sozialak (lanmerkatuaren, etxebizitzaren, hezkuntzaren zein gizarte-ongizatearen inguruko ak). Testuinguru sozioekonomikoaren faktore horien artean badaude, orobat, gobernamendua, gizarte batean nagusi diren balio sozialak eta arau kulturalak, eta osasunari ematen zaion balio kolektiboa. Testuinguru-faktore horiek guztiek eragin handia dute gizarte-estratifikazioko patroietan, eta azken horiek, hain zuzen, pertsonak zein gizarte-mailatan kokatzen

diren ezartzen dute, haien maila sozioekonomikoaren, generoaren, ikaskeeta-mailaren, jaiolekuaren nahiz beste dimentsio batzuen arabera. Desparekotasunezko gizarte-maila horrek, era berean, desparekotasunak sortzen ditu tarteko determinatzaileen banaketan, non sartzen diren bizi- eta lan-baldintzak, faktore psikosozialak –hala nola gizarte-sareen hedadura eta kalitatea, estresa eta norberaren bizitzaren gaineko kontrolari buruzko pertzepzioa–, eta osasunari loturiko jokabideak, alkohola, tabakoa, dieta edo ariketa fisikoa egitea tartean direla.



2.1. Irudia. Osasunaren Arloko Desparekotasun Sozialak Murrizteko Espainiako Batzordearen osasun-arloko desparekotasunen determinatzaileei buruzko marko kontzeptuala

Iturria: Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2010

Azken urteetan, ahalegin handia egin da genero-ikuspegia sartzeko osasunaren aldetik dauden desparekotasunak, gaixotzeko modua, edo gizonek eta emakumeek osasun zerbitzuez egiten duten erabilera aztertzeko garaian. Horretarako, berriz ere, ahalegin berezia egin behar da aspalditik hegemonikoa den osasunaren ikuskera biomediko hori gainditzeko. Ikuskera horren arabera, emakumeen biziraupen handiagoa (adin guztietan heriotza-tasa txikiagoa dutelako) haien ugaltze-ezaugarriei eta beste aldaera fisiologiko batzuei loturik legoke, halakoek murriztuko bailukete haien

osasunarentzako arrisku jakin batzuen eragina. Alabaina, askoz garrantzi handiagoko beste alderdi batzuk –hala nola boterearen eta baliabideen desparekotasunezko banaketa, espazioak esleitzeko egitura hierarkizatuak, eta gizonei eta emakumeei esleitzen zaizkien estereotipo, estigma eta desparekotasunezko balioen multzoa– eragin handiagokoak dira osasun-arloko desparekotasunetan eta osasun-zerbitzuen erabileran. Ildo horretan, esan liteke, beraz, emakume eta gizonen osasuna desberdina dela eta, aldi berean, *desparekoa* dela (Rohlfs, Borrell eta Fonseca, 2000). Rohlfs-en arabera, "haien osasuna *desberdina* da, badaudelako faktore biologiko batzuk (genetikoak, hereditarioak, fisiologikoak, etab.), osasunean eta gaixotasunerako arriskuetan desberdin agertzen direnak eta, askotan, oraindik ikusezin dirautenak osasun-zientzien patroi androzentrikoentzat. *Desparekoa*, badaudelako beste faktore batzuk, zati batean generoaren bidez esplikatzen direnak eta pertsonen osasunean bidegabezko eragina izaten dutenak".

Generoaren aldetik, eskuragarri dauden azterlan gehienek honako ondorio hau ematen dute: emakumeetan bizi-itxaropena luzeagoa da (7 edo 8 urte luzeagoa errenta handiko herrialde gehienetan), baina haien osasun-egoera okerragoa da sistematikoki. Gizonek, bestalde, heriotza-tasa handiagoak dituzte heriotza-kausa nagusietan, eta maizago izaten dituzte hilgarriak izan daitezkeen osasun-arazoak, hala nola gaixotasun kardiobaskularrak, diabetesa, gehiegizko alkohol-kontsumoa, ultzerak eta birikaminbizia. Emakumeek, berriz, neurri handiagoan izaten dituzte, hil ez, baina bizitzen uzten ez duten hainbat osasun-arazo (arazo muskuloeskeletikoak eta beste arazo kroniko batzuk) eta depresio- edo elikadura-nahasmenduak (Artazcoz, 2002).

Nazioartean, azterlan askok agerian utzi dute osasuna eta gaixotasuna desparekotasunez banatzen direla. Munduko herrialdeen artean bizi-itxaropenaren aldetik dauden berebiziko desparekotasunak komunikabideetan azaldu dira, Saharaz hegoaldeko herrialde batzuek duten ahultasun-egoera berezia nabarmenduta bereziki, bizi-itxaropenak ozta-ozta 50 urtera iristen dira eta (Marmot, 2007). Harrigarriagoa da, alabaina, ekonomia-garapen handiko Mendebaldeko gizarteen barruan ere ikus daitezkeela bizi-itxaropenen arteko desparekotasunak. Ildo horretan, esaterako, erakutsi da Baltimore hirian (AEB) bizi-itxaropen luzeeneko eta laburreneko auzoen arteko aldea 19 urtekoa izan zela 2011n (Baltimore City Health Department, 2011). Oso tentagarria da pentsatzea AEBn osasun-sistema publiko bat, estaldura unibertsalekoa, ez egoteak esplikatzen duela alde horiek gertatzea

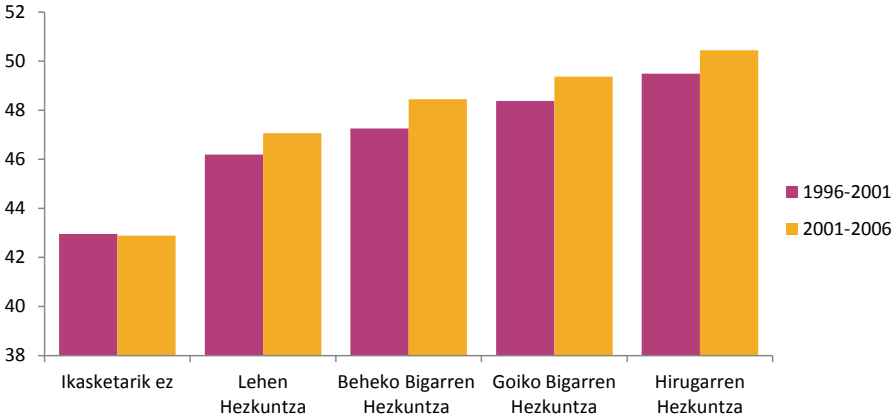
eta ez litzatekeela halakorik atzeman behar izaera unibertsaleko osasun-sistema nazionalak dauzkaten herrialdeetan. Aitzitik, Erresuma Batuko Glasgow hirian, adibidez, bizi-itxaropenaren aldetik dauden desparekotasunei begiratzen badiegu, ondorioztatzen da desparekotasun horiek ez dautzala osasun-sistemaren ezaugarrietan bakarrik. Glasglowen, Lenzie auzoan bizi diren gizonen bizi-itxaropena 82 urtekoa da, eta Calton auzoan bizi direnena, berriz, ez da 55era iristen (Hanlon *et al*., 2006). Bi hirietan, bizi-itxaropenaren desparekotasun itzelezko banaketa hori esplikatzen duten funtsezko arrazoiek auzo bakoitzeko biztanleen bizi- eta lan-baldintzekin dute zerikusia, halakoek desparekotasun sozial handiak ezartzen baitituzte.

EAEn badira osasun-arloko desparekotasun nabarmenak, hainbat alderditan islatzen direnak. Hala, oinarrizko osasun-eremuen (OOE)[6] arteko arrakala bada 10,5 urtekoa ere gizonetan, eta 7 urtekoa ere emakumeetan, eta hori EAEn azken hiru hamarkadetan bizi-itxaropen osoa, batez beste, luzatutakoaren baliokidea da. Horretatik ondoriozta dezakegu gaur egun badirela populazio batzuk, osasunari dagokionez, autonomia-erkidegoko populazioak oro har orain dela 30 urte zituenen antzeko baldintzetan bizi direnak (Calvo eta Esnaola, 2015). Sexu batean zein bestean, bizi-itxaropen laburreneko OOEa (71,5 urte gizonetan, eta 81 urte emakumeetan) Bilbo Zaharra izan zen, eta luzeenekoa, berriz, Gasteiz Hegoa gizonetan (82,0 urte) eta Santa Luzia (Vitoria-Gasteiz) emakumeetan (88,0 urte).

EAEn bizi-itxaropenaren aldetik dauden desparekotasunak badira deigarriak ikasketa-mailetan ere (2.2. irudia): batetik, ikasketa formalik gabeko gizonek eta emakumeek, 2001-2006 bosturtekoan, 73 eta 81 urteko bizi-itxaropena izan zuten hurrenez hurren, eta unibertsitate-ikasketak zutenek, beste batetik, ia 81 urtekoa eta 87 urtekoa. Halaber, 2.2. irudian ageri denez, nabarmendu behar da gizonen eta emakumeen bizi-itxaropenen arteko aldea (beti emakumeen alde lerraturik, gizonen bizi-itxaropenaren defizita esaten zaio) handiagoa izan zela ikasketa-maila apaleneko populazioetan (Esnaola et al., 2014). Bestalde, osasun oneko edo desgaitasunik gabeko bizi-itxaropena ere bada handiagoa gizarte-maila sendoagoetako pertsonen artean, eta 6,7 urtera iristen da gizonetan, eta 3,7 urtera emakumeetan, bizi diren auzoko gabezia-mailaren arabera (Martín eta Esnaola, 2014).

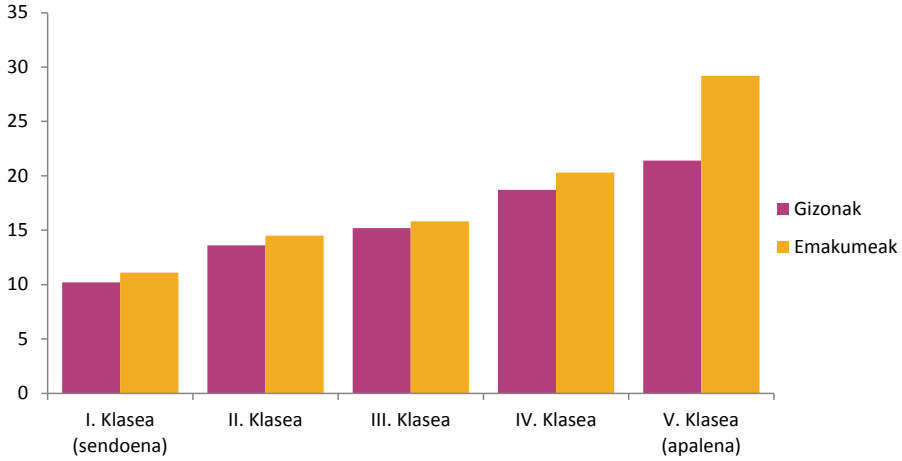
[6]Oinarrizko osasun-eremua da lehen mailako osasun-arretako lantaldeak jarduteko erreferentziatzat erabiltzen den barruti geografikoa.

Beste osasun-adierazle batzuetan ere –hala nola osasunaren autoebaluazioan, arazo kronikoen prebalentzian, osasunarekin zerikusia duen bizikalitatean, osasun mentalean edo jardueraren mugaketa kronikoan– oso deigarria da helduen arteko gradiente soziala; hala, adierazle guztiak okerrera egiten dute gizarte-klasea edo ikasketa-maila jaitsi ahala, herritar helduen artean. Generoari dagokionez, nabarmendu behar da emakumeek, oso era tinkoan, osasun-adierazle okerragoak agertzen dituztela arestian aipaturiko adierazle guztietan. Bereziki azpimarratzekoa da ehuneko handi batek adierazi zuela osasun txarra izateko ustea gizarte-klase apaleneko emakumeen artean (ia % 30,0) (2.3. irudia) nahiz lehen mailako edo gutxiagoko ikasketak zutenen artean (% 23,5), gizarte-klase sendoeneko emakumeen arteko % 11,1arekin edo unibertsitate-ikasketak zituztenen arteko % 11,8arekin alderatuta.



2.2. Irudia. Bizi-itxaropena 30 urteetan, ikasketa-mailaren arabera, gizonetan. EAE, 1996-2001 eta 2001-2006

Iturria: Esnaola *et al*., 2014



2.3. Irudia. Osasunaren autoebaluazioa: osasun txarra (% adinaren arabera estandarizatuta) gizarte-klasearen arabera, sexuaren arabera. EAE, 2013[7].

Iturria: geuk egina, Euskal Autonomia Erkidegoko 2013ko Osasun Inkesta oinarri hartuta

[7] Bost taldeetako bakoitzari esleitzeko, Lanbideen Estatuko Sailkapenaren hiru digituko kodeketa erabiltzen da, 2011. urtean (CNO-11) indarrean sartu zen bezala, Espainiako Epidemiologia Elkarteko Determinatzaile Sozialei buruzko Lantaldeak eginiko proposamenaren arabera (Domingo-Salvany et al., 2012). 5 kategoriatan taldekaturiko sailkapena erabili da: I. Soldatapeko 10 langile edo gehiago dauzkaten establezimenduetako zuzendariak eta kudeatzaileak, eta unibertsitateko lizentziei lotutakotzat jo ohi diren profesionalak. II. Soldatapeko 10 langile baino gutxiago dauzkaten establezimenduetako zuzendariak eta kudeatzaileak, unibertsitateko diplomei lotutakotzat jo ohi diren profesionalak eta laguntza teknikoko beste profesional batzuk. Kirolariak eta artistak. III. Tarteko lanbideak eta norberaren konturako langileak. IV. Lanbide tekniko kalifikatuetako eta erdikalifikatuetako gainbegiraleak eta langileak.V. Kalifikazio gabeko langileak.

3. Osasun-arloko desparekotasun sozialak belaunaldi batetik bestera heredatzen dira EAEn.

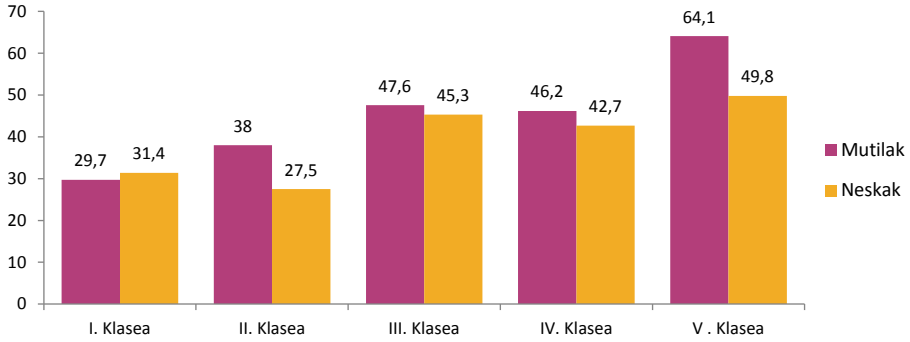
Osasun-arloko desparekotasun sozialak belaunaldi batetik bestera heredatzen dira, jaiotzatik bertatik familien gizarte-mailak eragin argia duelako haurtxoen osasunean.

Osasun-arloko desparekotasun sozialen ezaugarrietako bat da desparekotasunok belaunaldi batetik bestera heredatzen direla, haurren eta nerabeen osasunak, argi eta garbi, gurasoen ezaugarri sozioekonomikoen nahiz bizi diren etxeen ezaugarrien eragina jasotzen dutelako, EAEn ere bai. Hala, ikusten da 0 eta 17 urte arteko populazioan osasun onaren faltak okerrera egiten duela familiaren gizarte-klasea jaitsi ahala, bai nesken, bai mutilen artean, nahiz gradiente soziala bigarren horien artean argiagoa dela dirudien. Gauza bera ikusi zen gurasoen ikasketa-mailaren arabera, maila horrek gradiente sozial garbia ezarri baitzuen seme-alaben artean; hain zuzen ere, osasun txarraren prebalentziak gora egin zuen gurasoen ikasketa-maila jaisten zen neurrian. Izan ere, gehienez lehen mailako ikasketak zituzten gurasoen eta hirugarren mailakoak zituztenen seme-alaben arteko aldea, mutiletan, 20,4 puntukoa izan zen, eta nesketan, 21,2 puntukoa.

Hala ere, bizileku-eremuaren maila sozioekonomikoak ez zuen ageriko desparekotasunik ezarri EAEko haur eta nerabeen osasun-egoeraren pertzepzioan, eta neskatoen kasuan baino ez zituen alde txiki batzuk eragin gabezia sozioekonomiko handiagoko eremu batean bizitzeak.

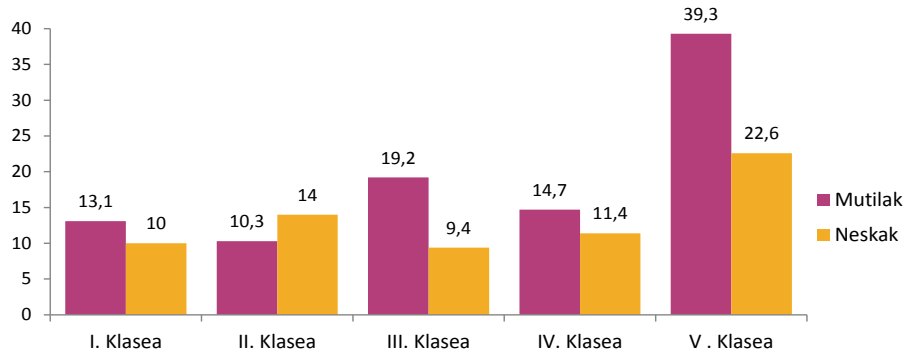
Generoari dagokionez, osasun ona izateko pertzepzioa mutilen artean handiagoa da, argi eta garbi, nesken artean baino (3.1. irudia), baina arazo kronikoak maizkoagoak dira mutiletan.

Beste adierazle batzuek ere –hala nola familiaren gizarte-klasearen arabera haurren artean arazo kronikoak egoteak– osasun-arloko desparekotasun nabarmenak agerian utzi zituzten; hain zuzen, 3.2. irudian ikusten denez, gizarte-klase apaleneko (V) neska-mutilek izaten dituzte gaixotasun kroniko gehiago, eta hori askoz deigarriagoa da mutilen artean, % 39,3ko prebalentzia baitute, nesken % 22,6aren aldean. Aitzitik, gizarte-klase sendoneko (I) haur eta nerabeak dira patologia kronikoen prebalentzia txikienekoak, hura % 13,1ekoa baita mutiletan, eta % 10ekoa nesketan. Beste aldagai sozial batzuei dagokienez, arazo kronikoen maiztasunen arteko aldeak ez ziren adierazgarriak EAEko haurren artean.



3.1. Irudia. Osasun oso onaren falta (%) 0 eta 17 urte arteko populazioan, familiaren gizarte-klasearen eta sexuaren arabera. EAE, 2013

Iturria: geuk egina, Euskal Autonomia Erkidegoko 2013ko Osasun Inkesta oinarri hartuta



3.2. Irudia. 0 eta 17 urte arteko populazioaren arazo kronikoen prebalentzia (%), familiaren gizarte-klasearen eta sexuaren arabera. EAE, 2013

Iturria: geuk egina, Euskal Autonomia Erkidegoko 2013ko Osasun Inkesta oinarri hartuta



4. Osasun-sistemen ezaugarriek eta jarduerek areagotu edo gutxitu egin ditzakete osasun-arloko desparekotasun sozialak.

Osasun-sistemek rol mugatua dute osasun-arloko desparekotasun sozialak sortzeko garaian, baina haien ezaugarriek halakoak murrizten lagun dezakete, edo, aitzitik, areagotzen, “alderantzizko laguntzaren legea” delakoaren ondorioz.

Osasuna determinatzen duten faktoreak askotarikoak eta konplexuak dira, eta, beraz, osasun-laguntzan bakarrik oinarritzen diren ikuspegiak eskas gertatu dira herritarren osasuna ulertzeko eta hobetzeko. Izan ere, azken urteetan azterlan askok azaldu dute osasun-sistemek populazioaren osasuna definitzeko garaian duten rola mugatua dela, pertsonak jaio, hazi, lanean aritu eta zahartzen diren baldintzek betetzen dutelako egiazko rola, gizarte bakoitzaren egiturazko eta politikazko baldintzatzaileen ondorioz. Alabaina, daitekeena da osasun-sistemek osasun-arloan dauden desparekotasunak bultza ditzaten, edo, aitzitik, desparekotasunok gutxitzea lortzen duen konpentsatze- edo arintze-eragin bat izan dezaten, duten antolakuntzaren arabera, haien estalduraren hedaduraren arabera zein estaltzen dituzten zerbitzuen arabera.

Osasun-sistemak osasun-arloko desparekotasunak murrizteko dituen bide nagusiak oinarritzen dira egiturazko determinatzaileek nahiz bizi- eta lanbaldintzek pertsonen osasunaren gainean dituzten inpaktuak arintzeko ahalmenean. Osasun-zerbitzuak erabiltzeko aukera herritar guztiei unibertsaltasunez eta doan bermatzen bazaie, gutxitu egingo da gizarte-talde jakin batzuetan hainbat arrisku-faktoreren eraginpean egoteak bereziki sortzen duen ahultasun-egoera. Horrez gain, gaixotasunak edo desgaitasunak pertsonen bizitzan zein haien gizarte-integrazioan izaten dituzten ondorioak murrizteko gai izango da; hori dela eta, badu nolabaiteko eragina pertsonak hierarkia sozialean zehar mugitzeko moduaren gainean. Aitzitik, osasun-sistemak osasun-arloko desparekotasun sozialak areagotzeko ahalmena ere badu. “Alderantzizko laguntzaren legea” deritzonaren arabera, osasun-zerbitzuen erabilgarritasunak badu joera lagundutako

populazioaren beharrizanarekiko alderantziz proportzionala izateko, bereziki merkatuaren indarrek osasun-laguntzaren gainean duten eragina zenbat eta handiagoa izan (Hart, 1971). Alderantzizko laguntzaren legea gertatzen da sistemak bere laguntza herritar guztiengana bideratzen duelako, osasun-beharrizanek gizartean duten banaketa aintzat hartu gabe, eta azkenean baliabide gehiago esleitzen dira gutxien behar dituztenentzat.

Osasun-laguntzaren antolakuntzaren ezaugarriez gain, osasun-sistemek osasun-arloko desparekotasunak sortzen edo atxikitzen lagun dezakete beren osasun publikoko politika eta programak herritar guztientzat berdin bideratzean, populazioarentzako programek gizarte-talde guztiak era ekitatiboan barne hartzeko garaian dauden oztopoak kontuan izan gabe (Chivu eta Reidpath, 2010). Bestalde, osasun-sistemak ez badu gainditzen osasunari buruz duen ikuskera biologizista eta protagonista-rola hartzen jarraitzen badu, eta herritarren osasunean rol paternalista jokatzen, nekez beteko du eragin zuzeneko gune bat desparekotasunen murrizketan, eta bai, ordea, ziurrenik, haien areagotzean.

Osasun-sistemak erabiltzeko aukeretan desparekotasunak sortzen dituzten faktoreen artean, argi geratu da generoa eragin handiko faktore bat dela. Hala, gizonek gehiago erabiltzen dituzte ospitale-zerbitzuak (Ruiz-Cantero eta Verdú-Delgado, 2004), eta, beharrizan berak kontuan harturik, emakumeek gutxiago erabiltzen dute arreta espezializatua, eta maizago jotzen dute lehen mailako arretara (Urbanos, 2011). Horrez gain, badago interakzio bat gizarte-klasearekin, ikusten baita lehen mailako arretaren erabileraren aldetik dauden genero-desparekotasun horiek areagotu egiten direla gizarte-klasea jaitsi ahala (García-Altés *et al.*, 2008).

Bestalde, genero-isuriak deskribatu dira gaixotasunen diagnostiko eta tratamenduan. Hala, esaterako, agertu da gaixotasun kardiobaskularren ondoriozko emakumeen heriotza-tasa handiagoa dela gizonena baino (Stramba-Badiale et al., 2006), diagnostiko eta tratamendu berantiar batzuk direla medio (Aldasoro et al., 2010). Azkenik, emakumeei medikamentuak –psikofarmakoak batik bat– errezetatzeko eta haiek kontsumitzeko probabilitate handiagoa (Redondo-Sendino et al., 2006; Ruiz-Cantero, 2009), eta patologikoak ez diren hainbat bizi-prozesuren medikalizazioa (Velasco, 2009) osasun-sistemak generoagatik sortzen dituen desparekotasun gehigarri horien sintomak dira.

Halaber, maila sozioekonomikoa osasun-zerbitzuen erabileran dauden desparekotasunak esplikatzen dituen faktore bat da: batetik, populazioaren

aseguramendu-mota determinatzen du, ikasketa- zein errenta-maila handiagoko populazioak neurri handiagoan izaten baitu osasun-estaldura bikoitza (Ordaz *et al.*, 2005); eta bestetik, pertsonak sisteman mugitzeko egoera gutxi-asko mesedegarri batean kokatzen ditu, talde abantailatsuenek sistema erabiltzeko aukera izan dezaten errazago bihurturik. Hala, populazio horrek lehenago erabiltzen du arreta espezializatua, eta lehen mailako arreta baino neurri handiagoan, estaldura publikoa bakarrik duen populazioaren alderantziz (Urbanos, 2016). Maila sozioekonomiko apalagoko populazioak lehen mailako arreta erabiltzeko aukera handiagoa du, bai eta hainbat prebentzio-proba baliatzeko ere (Dryden *et al*., 2012; Ayala et al., 2015; Hurtado *et al.*, 2015). Desparekotasun horiek areagotu egiten dira sistema publikoak estaltzen ez dituen zerbitzu eta prestazioen kasuan, erabiltzaileak zuzenean ordaindu behar duenean, alegia, halakoak erabili ahal izateko; esate baterako, aho-hortzen osasunean (Palència et al., 2014). Gainera, ekintza medikoaren banakako ordainketa eta zerbitzuhornidura pribatua oztopoak dira zenbait zerbitzu erabiltzeko, hala nola errehabilitazioa eta fisioterapia (OME, 2016; Snozzi et al., 2014; Schröder *et al*., 2016).

Hirugarrenik, jatorria osasun-zerbitzuen erabileran dauden desparekotasunen faktore determinatzaileetako bat da, osasun-sistemaren antolakuntzazko zenbait alderdi direla medio (Gil-González *et al*., 2015), bai eta etorkinei eta etorkinok bizi- eta lan-baldintza prekarioetan gertatzeari lotutako beste alderdi batzuk direla medio ere (Vázquez *et al*., 2014). Sistema unibertsaletan, erakutsi egin da populazio horrek lehen mailako arreta neurri berean erabiltzen duela, eta neurri txikiago batean arreta espezializatua, populazio autoktonoarekin alderatuta (Carmona *et al*., 2014), osasunarentzako arrisku handiagoak dituztelarik. Espainiako Estatuan, 16/2012 Errege Dekretuak administrazio-estatusaren oztopoa ezarri zuen indarrean sartu zenean, eta horrek arriskuan jartzen du etorkinek osasun-sistema erabili ahal izateko ekitatea (García-Subirats *et al.*, 2014). Azkenik, errege-dekretuak desparekotasun horien gainean orain arte izaniko eraginaz ezagutzen denak agerian uzten du etorkinei osasun-laguntza jasotzeko eskubidea urratu izanaren hainbat kasu gertatu direla (REDER, 2015).

5. EAEn desparekotasun txiki batzuk ageri dira arreta espezializatua eskuratzeko orduan, baina desparekotasun horiek handitu egiten dira prebentzio-zerbitzuen kasuan.

Gizarte-klase edo ikasketa-maila apalagoko pertsonek gutxiago erabili zuten arreta espezializatua eta prebentziozko praktika gutxiago egin zituzten, baina lehen mailako arretara gehiago jo zuten.

Beste herrialde batzuetan bezala, prestazioak doakoak izan arren, eta haien estaldura, a priori, unibertsala, osasun-sistemaren erabilera ez da homogeneoa gizarte-taldeen artean. Lehen mailako arretari dagokionez, emakumeek eta gizarte-maila apalagoetako pertsonek maizago jo zuten arreta-mota horretara, bai eta lehen mailako edo gutxiagoko ikasketak zutenek ere, egoera sendoagoko populazioekin alderatuta. Egoera bera ikusi zen lehen mailako arretako erizaintzako kontsultetan ere; izan ere, gizarte-klase apaleneko (V. klasea) emakumeek kontsultara joateko % 35 probabilitate handiagoa izan zuten, klase sendoenekoek baino. Ildo berean, maizago egin zuten bisita lehen mailako arretan errenta txikiko herrialdeetan jaiotako etorkinek. Arreta espezializatuari dagokionez, lehen mailako arreta baino gutxiago erabili zuten, eta maiztasun txikiagoz, oro har, gizarte-klase zein ikasketa-maila apalenetakoek, emakumeek bereziki. Jaiolekuaren arabera, patroiak ez zirudien erabakigarria, ez gizonen kasuan behintzat.

Ospitalizazioan alde txikia dago gizarte-klase batetik bestera, baina ospitalizazioa apur bat maizago gertatzen da gizarte-klase apalagoko pertsonen artean, gizonetan zein emakumeetan. Ikasketa-mailaren arabera, aldiz, gizonetan desparekotasun nabariak daude, ikasketa-maila jaitsi ahala ospitaleratzeko probabilitateak gora egiten baitu haien kasuan. Bestalde, ikusten da errenta txikiko herrialdeetan jaiotako emakumeek ospitaleratzeko probabilitate handiagoa dutela, autoktonoek baino.

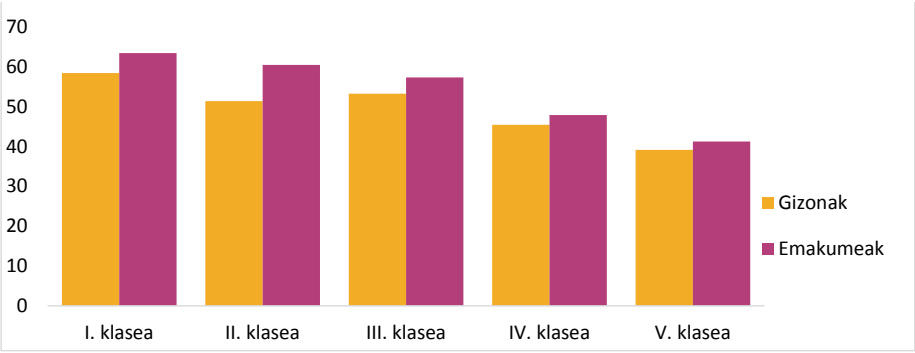
Prebentziozko praktikak egitea edo hainbat gaixotasun –bularreko, umetoki-lepoko edo koloneko minbizia kasu– goiz detektatzeko programetan parte hartzea ere sozialki determinatzen da. Bularreko minbiziaren baheketari dagokionez, azken urteetan parte-hartzeak izan duen igoera dela eta, baheketa hori ezarri ondoko lehen urteetan gizarte-klasearen eta ikasketa-

mailaren arabera ikusi ziren desparekotasunak ez dira jada hautemangarriak. Aitzitik, badiraute desparekotasun sozial nabarmen batzuek zitologia egiteko garaian, ikasketa-mailaren arabera batik bat. Nabarmendu behar da aseguru pribatua zuten emakumeek aseguru publikoa bakarrik zuten emakumeek baino maiztasun handiagoz egin zituztela baheketa-probak. Bi taldeen arteko aldea bereziki handia da zitologiaren kasuan. Koloneko minbiziaren baheketan, parte-hartzea askoz txikiagoa izan zen maila sozioekonomiko apalagoko gizonen aldetik, eta lesioen detekzio-tasa, baina, handiagoa izan zen haien artean. Emakumeetan, patroi sozioekonomikoa ez zen izan hain nabaria.

Gizarte-klasearen araberako desparekotasun nabariak daude emakumeen artean arreta urgenteari dagokionez; izan ere, gizarte-klase apaleneko emakumeek asistentzia-zerbitzu hori erabiltzeko duten probabilitatea % 30 handiagoa da, klase sendoeneko emakumeena baino. Halaber, emakume etorkinek % 42 probabilitate handiagoa dute asistentzia urgentea jasotzeko, emakume autoktonoek baino, eta gizon etorkinek, ia % 50 handiagoa, autoktonoek baino.

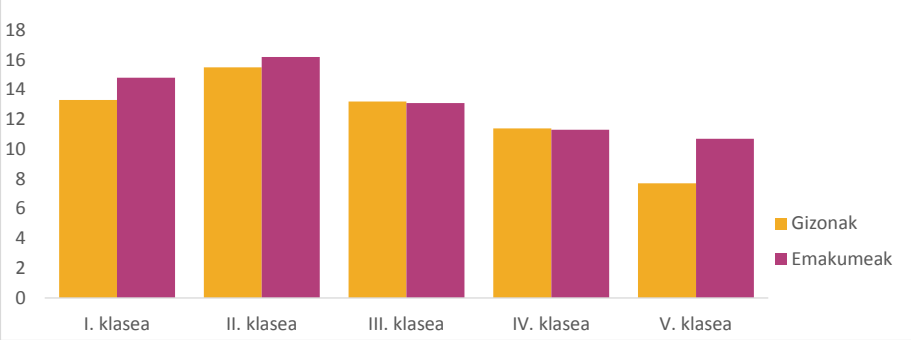
6. Osasun-sistema publikoak estaltzen ez dituen zerbitzuek desparekotasun nabarmenak sortu zituzten EAEn, osasun-laguntza eskuratzeko aukeren aldetik.

Osasun-sistema publikoak estaltzen ez dituen edo zati batean estaltzen dituen zerbitzuak desparekotasun-iturri handiak dira, haien erabilerari dagokionez. Dentista-zerbitzuaren erabileran, esaterako, desparekotasun nabariak atzeman ziren, kontsultak maizkoagoak izan baitziren maila sozioekonomiko sendoagoa zuten pertsonen artean, gizonetan zein emakumeetan (6.1. irudia). Zehazki, gizarte-klase apaleneko (V. klasea) pertsonek zerbitzu horretara jotzeko % 35 probabilitate txikiagoa agertu zuten, maila sendoeneko pertsonek baino. Ikasketa-mailak erkatuz ikusitako egoera gizarte-klasearen kasurako deskribatu denaren oso antzekoa izan zen. Bestalde, zerbitzuaren erabilera jaiolekuaren arabera aztertuta, kontsulten proportzioa ia bi aldiz handiagoa izan zen autoktonoetan, etorkinetan baino.

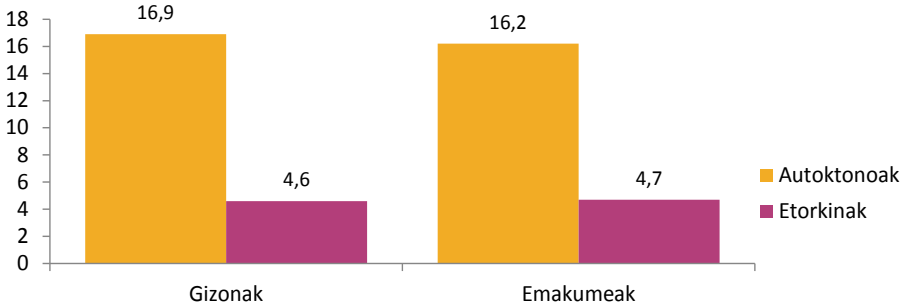


6.1. Irudia. Dentista-zerbitzuaren kontsultara joandako pertsonen ehunekoa, gizarte-klasearen eta sexuaren arabera, azken urte honetan. EAE, 2013
Iturria: geuk egina, Euskal Autonomia Erkidegoko 2013ko Osasun Inkesta oinarri hartuta

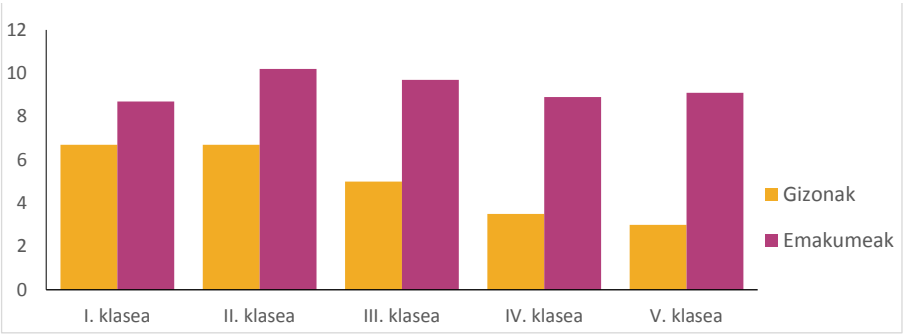
Fisioterapia-zerbitzuen erabilerari dagokionez, gizarte-mailaren arabera, berriz ere ikusten dira desparekotasun nabariak, halako kontsultak maiz-koagoak izanik egoera sendoagoko pertsonen artean, gizarte-klaseari, ikasketa-mailari zein jaiolekuari begiraturik. Hala, esaterako, gizarte-klase apaleneko emakumeek eta gizonek % 40 eta % 50 probabilitate gutxiago izan zuten, hurrenez hurren, fisioterapia-zerbitzuetara jotzeko, gizarte-klase sendoeneko emakumeen eta gizonen aldean (6.2. irudia). Fisioterapia erabiltzeko maiztasunean jaiolekuaren arabera egon zen aldea askoz handiagoa izan zen; izan ere, errenta txikiko herrialde bateko etorkinek % 70 probabilitate txikiagoa agertu zuten autoktonoek baino, maila bereko beharrizan baterako (6.3. irudia). Azkenik, podologia-zerbitzuak erabiltzeari dagokionez, estalduran ez dauden aurreko zerbitzuen egoeraren antzekoa da deskribatutakoa (6.4. irudia).



6.2. Irudia. Fisioterapia-zerbitzuen kontsultara joandako pertsonen ehunekoa, gizarte-klasearen eta sexuaren arabera, azken urte honetan. EAE, 2013
Iturria: geuk egina, Euskal Autonomia Erkidegoko 2013ko Osasun Inkesta oinarri hartuta



6.3. Irudia. Fisioterapia-zerbitzuen kontsultara joandako pertsonen ehunekoa, jaiolekuaren eta sexuaren arabera, azken urte honetan. EAE, 2013
Iturria: geuk egina, Euskal Autonomia Erkidegoko 2013ko Osasun Inkesta oinarri hartuta



6.4. Irudia. Podologia-zerbitzuen kontsultara joandako pertsonen ehunekoa, gizarte-klasearen eta sexuaren arabera, azkeneko urte honetan. EAE, 2013
Iturria: geuk egina, Euskal Autonomia Erkidegoko 2013ko Osasun Inkesta oinarri hartuta

OSASUNAREN PRIBATIZAZIOA OSASUNERAKO ESKUBIDEAREN AURKAKO MEHATXU GISA



7. Osasunaren pribatizazioa arrisku bat da herritarren osasunarentzat.

“Pribatizazio” terminoari dagokion kontzeptua definitzerakoan eztabaida bizia sortu da, kontzeptu horren azpian askotariko –eta are kontrajarritako– diskurtsoak biltzen direlarik. Honela defini liteke: “aktibo edo ahalmen publiko bat, osorik edo zati batean, sektore pribatura transferitzea edo lekualdatzea, arlo publikokoak ziren funtzio edo baliabideetako edozeini dagokionez” (Camprubí *et al*., 2010).

Egile batzuen aburuz, alabaina, pribatizazio-dinamikek definizio hori gainditzen dute, ongizate-estatua nahiz zerbitzu publikoak kapitalaren interesen arabera etengabe berregituratzeko prozesu batzuk barne hartzen baitituzte dinamikok (Whitfield, 2001). Horregatik, zenbaitetan, “pribatizazio” kontzeptua “merkantilizazio” kontzeptuarekin lotzen da; azken hori arlo publikoan merkatu-irizpideak sartzeari dagokio, eta, zeharka, baldintza egokiak sortu ohi ditu –ekonomiaren, ideologiaren zein gizarte-harremanen aldetik– pribatizazioa errazago gerta dadin (Whitfield, 2001). Alabaina, bi kontzeptuok loturik egon arren, argitu behar da osasun-arloaren merkantilizazioaren prozesua osasunaren pribatizazio-prozesurik egon gabe gerta daitekeela. Hala, sistema publiko bat osasunaren merkantilizazioaren eragile izan daiteke bere funtzionamenduan eta zerbitzu-horniduran, osasunari eta haren tratamenduari buruz ikuspegi indibidual eta biomediko bat duten prozesu neoliberalak sostengatuz, adibidez. Azken horiek bizitzaren medikalizazio-prozesuak dakartzate, behargabeko edo eragin gutxiko tratamendu eta operazioen kopurua ere gehituta.

Pribatizazioa definitzeko zailtasunak hura neurtzeko desafioak dakartza berekin. Pribatizazioa neurtu eta deskribatzeko aukeretako bat da arlo publikotik pribatura egiten diren funtzio, aktibo edo baliabideen transferentzia edo lekualdatzeei behatzea, dimentsio guztiak kontuan hartuz: **finantzaketa,**

aseguramendua, zerbitzu-hornidura, prestakuntza, eta ikerkuntza.

Dimentsio horietako lehena **finantzaketaren** eta **osasun-aseguramenduaren** pribatizazioari dagokio. Finantzaketa-mota osasun-zerbitzuak mantentzeko eta gastuak ordaintzeko baliabide ekonomikoak jartzerakoan baliatzen diren formulen araberakoa da. Gastua publikoa izan daiteke, gobernuek egiten dutena, eta pribatua, aseguru-enpresa pribatuen gastuak eta familien zuzeneko gastuak osaturikoa, gehienbat.

Osasun-aseguramenduari dagokionez, arruntena eta azken lege-erreformetara arte estatuko populazio guztia era publikoan estaltzen zuena SNSko (Estatuko Osasun Sistema) afiliazio-araubidea da. Harekin batera badaude beste modalitate batzuk ere, eta halakoen artean aseguramendu pribatua dago. Edonork erabil dezake azken hori, edo zerbitzu bat zuzenean ordainduz, edo afiliazio baten bidez. Hirugarren aseguramendu-mota bat da Estatu Administrazio Orokorreko funtzionarioen Gizarte Segurantzaren Erregimen Bereziena; hain zuzen ere, funtzionario horiek zenbait aseguramendu-aukeraren artean eta zerbitzu-hornidura pribatua edo publikoa hauta dezakete, eta badituzte Estatuko Osasun Sistemak estaltzen ez dituen prestazio batzuk.

Finantzaketaz gain, beste mekanismo nagusi bat da osasun-arloko **zerbitzu-horniduraren pribatizazioa**, hau da, finantzaketa publikoko prestazioak enpresa edo erakunde pribatuen bidez gauzatzea. Espainiako Estatuan, Ekainaren 17ko 10/1996 Errege Dekretuan eta Estatuko Osasun Sistema kudeatzeko modu berriak bideratzeari buruzko apirilaren 25eko 15/1997 Legean finantzatzeko eta zerbitzuez hornitzeko funtzioen arteko bereizketa jaso zen, eta horren ondorioa izan zen sektore publikoak utzi ziola osasun-zerbitzuak aldi berean finantzatzen eta ematen zituena izateari, eta, funtsean, sistema finantzatzen duen “baliabideen administratzaile”bat bilakatu da, osasun-sistema publikoan zerbitzu-hornitzaile pribatuak sartzea onartuta. Azkenik, beste dimentsio bat da osasun-plangintzaren edo osasun-politiken pribatizazioa. Horrela, enpresa pribatu batzuek, neurri handiagoan edo txikiagoan, osasunari buruzko diagnostikoak egiten parte hartzen dute, beharrizanen lehentasuna ezartzen dute, eta osasun-sistemari lehentasunak eta estrategia-ildoak zehazten dizkiote.

Halaber, **prestakuntzan** pribatizazio-prozesuak ezar daitezke, graduko, graduondoko zein profesionalentzako prestakuntzan, bai eta osasun-arloko ikerkuntzan ere.

Osasunaren pribatizazioa mehatxu bat da populazioaren osasunaren aurka zein osasuna eskuratzeko aukeraren ekitatearen aurka, OMEk ere onartzen duen bezalaxe, hark, hain zuzen, sektore publikoaren garrantzia nabarmentzen baitu, osasun-laguntza ekitatibo eta unibertsal bat lortuko bada (CSDH, 2008). Finantzaketaren pribatizazioa da osasunaren pribatizazioaren arrisku nagusia, erabiltzeko oztopoak areagotzen baititu, osasun-arloko desparekotasunak sortzen baititu, eta gaixotasuna pobrezia-faktore garrantzitsu bihurtzen baitu. Hala, Mendebaldeko herrialdeetan, finantzaketa pribatu handieneko osasun-sistemek, oro har, populazioaren osasunaren adierazle okerragoak agertzen dituzte, finantzaketa publikoko sistemek baino. Osasun-sistema pribatuak presentzia handiagoa izateak –nahiz finantzaketa-mota hori nahiz aseguramendu pribatua handitzeagatik– eragiten du osasuna negozio edo salgai bihurtzea, non interesa den mozkin handiagoa sortzea, eta horrek berekin dakar, era berean, profesional sanitarioek zein tartean diren beste profesional batzuek erabakiak har ditzaten neurri handiagoan irabazietan pentsatuz, pazienteen beharrizanean baino, proba, tratamendu eta/edo ekintza mediko gehiago saldu edo fakturatzeko beharra sorturik askotan (Dean, 2015). Horrek guztiak osasun-laguntzaren gainerabilera sustatzen du, bizitzaren medikalizazio handiago bat, eta populazioaren osasunaren gainean zein osasuna eskuratzeko aukera ekitatiboaren gainean garrantzizko ondorioak sortzen ditu.

Bestalde, osasun-sistema pribatuak hedatzeak arriskuan jartzen du osasun-sistema publikoaren iraunkortasuna. Lehenik eta behin, halakoak kontratatzeak onura fiskalak dituelako, eta azken horiek, beraz, diru-bilketa publikoaren murrizketa dakartelako. Gainera, ez da azterlanik aseguru pribatu bat kontratatzeak sistema publikoan aurrezpena sortzen duela frogatzen duenik; areago, Katalunian egin zen azterketa batek agerian utzi zuen aseguramendu bikoitza zuten pertsonen kontsumo sanitarioa handiagoa zela, aseguru publikoa bakarrik zutenena baino (Vera-Hernández, 1999). Bigarrenik, aseguramendu pribatuaren igoerak badu eragin nabarmena sistema publikoaren legitimitate sozialaren higaduran; izan ere, gizartean maila sendoa duten hainbat sektorek osasun-laguntzako sare pribatura ihes egitean, daitekeena da sektore horiek –presio soziala eragiteko ahalmen handiagoa duten sektore batzuk izanik– sistema publikoaren zerbitzuen finantzaketa egokia eta kalitatea eskatzeari uztea, jada ez baitituzte erabiltzen. Prozesu hori bada bereziki kezkagarria, halaber, finantzaketa publikoko aseguramendu pribatuaren kasuan, funtzionarioen mutualitateak tartean daudela, adibidez. Izan ere, gizarte-maila sendoa duten sektore batzuk dira, eta,

askotan, eragin handikoak (estatuko mutualistak, politika-arloko pertsonak, funtzionarioak, kazetariak, abokatuak) (Freire, 2005; Simó, 2009).

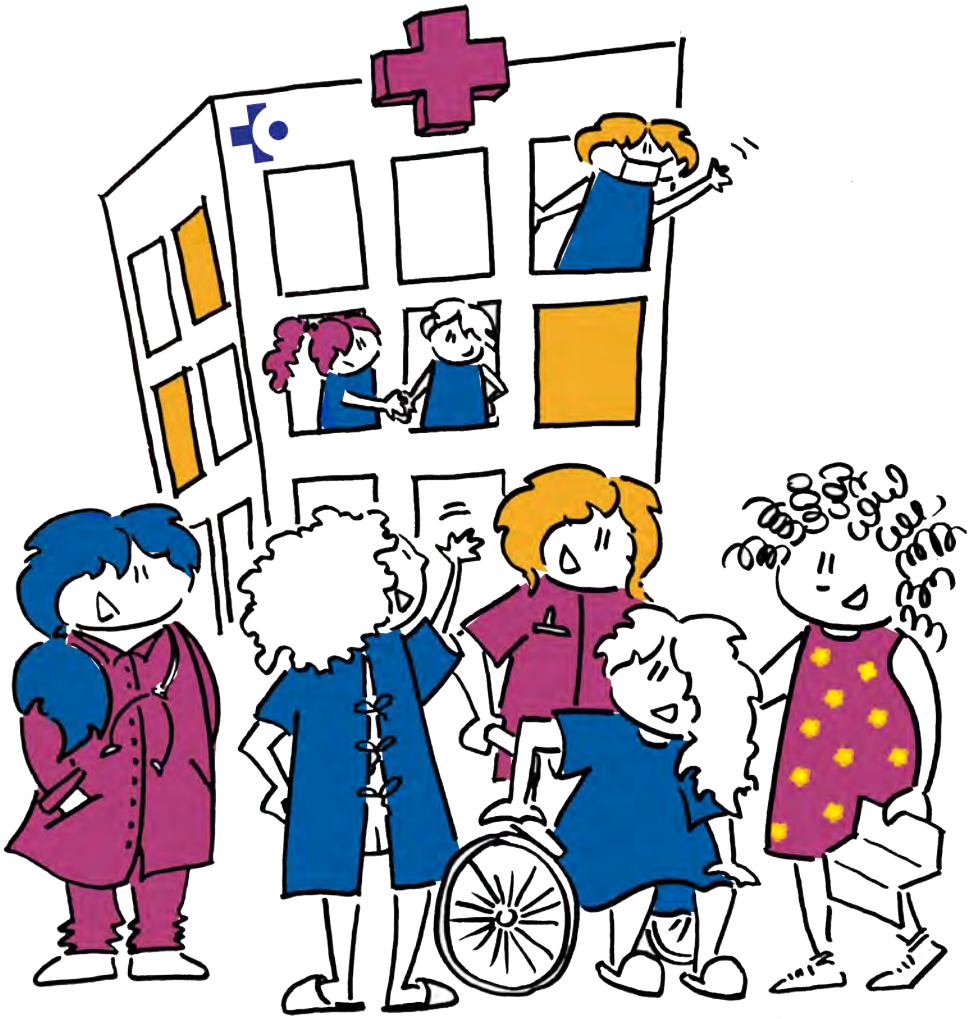
Osasunaren finantzaketaren pribatizazioak –eta, orobat, funts publikoekin finantzaturiko zerbitzu-hornidura pribatuak– dakarten beste ondorio bat da gardentasunik eta kontrol-mekanismorik ez egotea baliabide publikoen erabileraren inguruan. Irabazi pertsonal edo enpresarialaren logika sartu izanak osasun-sisteman ustelkeria-prozesuak gerta daitezen errazten du (European Commission – Directorate-General Home Affairs, 2013), pazienteek pertsonal medikoarekin eroskerian jardutetik hasi eta osasun-sistema osoa inplikatzen duten beste formula askoz konplexuago batzuetaraino. Osasunekoak ez diren zerbitzuen esternalizazioari dagokionez, enpresa pribatuak zerbitzu horietaz hornitzen hasten direnean, daitekeena da kostuetan aurrezteko interesaren nagusitasunak mehatxu larriak ekartzea, Ingalaterrako garbiketa-zerbitzuen kasurako dokumentatu den bezalaxe (Toffolutti *et al*., 2017). Osasun-arloko zerbitzu-horniduraren pribatizazioaren arrisku horiek guztiak gertatzen dira inongo azterlan edo ebaluazio erabakigarririk ezagutu gabe haien eraginkortasun handiagoari buruz.

Prestakuntzaren eta ikerkuntzaren arloen pribatizazioak ere badakartza arrisku aipagarri batzuk. Esate baterako, azken urteetan argitaraturiko zenbait artikuluk iradoki dute industria farmazeutikoaren praktika jakin batzuek zalantzan jartzen dutela praktikan aplikaturiko medikuntzak ebidentzia fidagarrian oinarritzea (The Plos Medicine Editors, 2009; Spielmans eta Parry, 2010), interes-gatazka dagoelako (Ruano, 2011). Osasun-arloko profesionalen prestakuntza espezializatuan, orobat, estatuko zein nazioarteko zenbait azterlanek medikuntzako ikasle eta egoiliarrak industria farmazeutikoaren sustapen-jardueren eragin handi baten pean egoten direla deskribatu dute (Vainiomäki et al., 2004; Martín-Aranda *et al*., 2007; Calderón eta Rabanaque, 2014), eta horrek lotura arriskutsua du ebidentzian oinarrituriko preskripzioari buruz ezaguera gutxiago izatearekin (Austad et al., 2014) eta marketinarekiko jarrera positiboago batekin (Austad *et al*., 2011). Azkenik, etengabeko prestakuntzari dagokionez, azterlan batek baino gehiagok nabarmendu dute industria farmazeutikoaren finantzaketak baduela eragina parte hartzen duten profesionalen preskripzio-patroian (Bowman eta Pearle, 1988; Orlowski eta Wateska, 1992; Wazana, 2000), pazienteek ere hori nabaritzen dutelarik (Blake eta Early, 1995).

Azkenik, osasuneko ikerkuntzari dagokionez, garrantzitsua da kontuan izatea industria farmazeutikoaren eta beste enpresa pribatu batzuen presentziak eragin lezakeela ikerkuntza gizarte-ongizatea hobetzera ez bideratzea

(teknologia eta ezagutza), baizik eta merkatuaren eta enpresen zuzendaritzapean egotera igarotzea, ikerkuntzaren finantzaketaren errentagarritasuna bilatuta[8] (Federación de Asociaciones para la Defensa de la Salud Pública, 2015).

[8] *No a la privatización de la ciencia pública* («Ez zientzia publikoaren pribatizazioari»). Hemen eskuragarri:
http://www.aeet.org/Resources/HtmlRes/Files/EstrategialDi/No_privatizacion_cc_publica.pdf

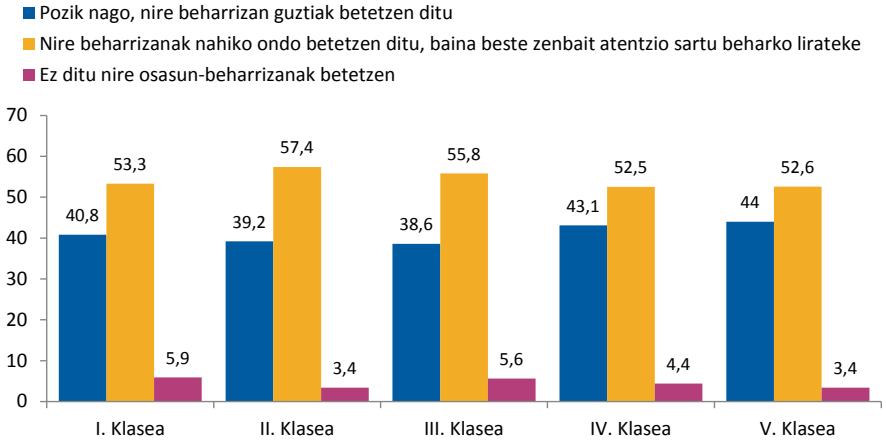


8. Euskal osasun-sistema publikoak legitimitate handia du EAE-ko gizartean, eta sistema publikoa, unibertsala, kalitateduna eta zergen bidez finantzatutakoa nahi du gizarte horrek.

Herritar gehien-gehienek euskal osasun-sistemaz duten iritzia ona edo oso ona da; hala, gizonen % 91,7k eta emakumeen % 88,6k uste dute EAE-ko osasun-sistemak ongi edo oso ongi funtzionatzen duela. Iritzi hori oso antzekoa da adin-talde guztietan, hobexea adinekoen artean, alabaina, osasun-sistema gehien erabiltzen dutenak haiek ere izanik.

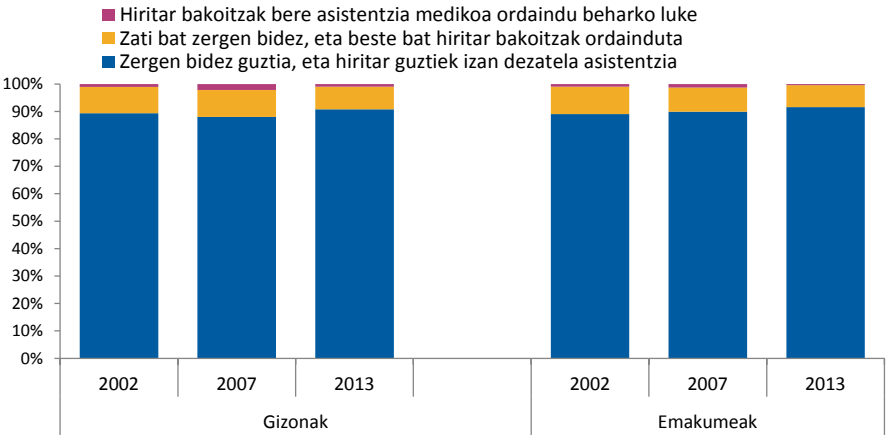
Osakidetzak osasun-beharrizanak estaltzeari dagokionez, EAEko herritar gehien-gehienek beren ustez estalita daudela diote, eta % 4,6k baino ez dio irizten bere beharrizanak estaltzen ez direla. Izan ere, Osakidetzak beharrizanak estaltzeari buruzko iritzia nahikoa antzekoa da gizarte-klase bateko eta bestekoen zein ikasketa-maila bateko eta bestekoen artean, eta oso txikia da beharrizanak ez betetzearen pertzepzioaren proportzioa (8.1. irudia). Hala ere, nabarmendu behar da EAEko –eta maila sozioekonomiko guztietako– biztanleen erdiek baino gehiagok egun estaltzen ez diren beste osasun-laguntza batzuk estaltzea aldezten dutela, zehazki, herritar guztien % 53,8k.

Bestalde, Osakidetzaren finantzaketa-sistemak babes sozial handia dauka. Argia da EAEko biztanleek, osasun-laguntza ordaintzeko, etorkizunean erabili beharko litzatekeen moduaz duten iritzia; hala, 10 pertsonatik 9 zergen bidez guztiz finantzatzearen alde eta estaldura unibertsala izatearen alde agertzen dira. Iritzi hori ia ez da aldatu urteetan zehar, 2013an apur bat handiagoa izan arren, bai gizonetan (% 90,8), bai emakumeetan (% 91,5) (8.2. irudia).



8.1. Irudia. Osakidetzak beharrizanak estaltzeari buruzko iritzia, gizarte-klasearen arabera. EAE, 2013

Iturria: geuk egina, Euskal Autonomia Erkidegoko 2013ko Osasun Inkesta oinarri hartuta



8.2. Irudia. Osasun-laguntza ordaintzeko etorkizunean erabili beharko litzatekeen moduari buruzko iritzia, sexuaren arabera. EAE, 2002, 2007 eta 2013

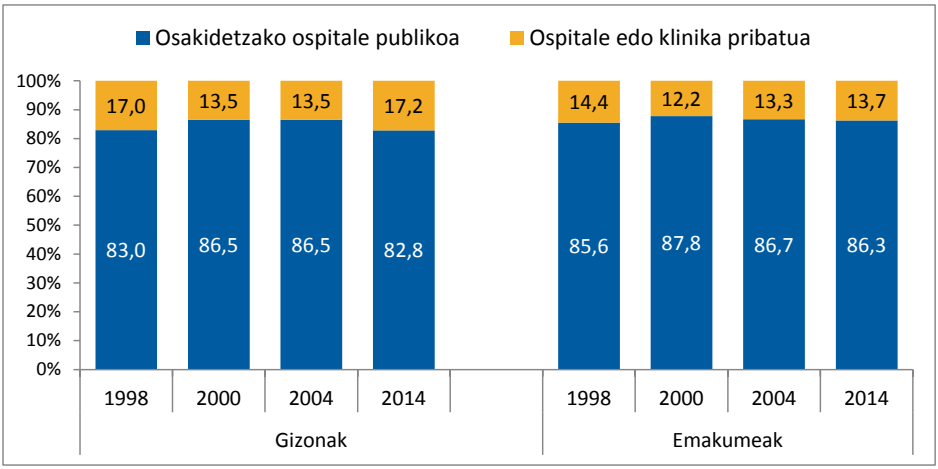
Iturria: geuk egina, Euskal Autonomia Erkidegoko 2013ko Osasun Inkesta oinarri hartuta

Gai hori aztertzerakoan pertsonen gizarte-maila kontuan hartzen badugu, gizarte-klasearen arabera aurkitzen diren aldeak txikiak dira, ozta-ozta hamar ehuneko-puntu gizonetan, eta hamahiru puntu emakumeetan; dena dela, oso gehiengoa handia dira zergen bidez bakarrik finantzatzearen aldekoak. Nolanahi ere, 2013an, urte batzuk ekonomia-krisialdian igarota eta osasun-arloan murrizketak eta lege-erreformak ezarrita, badirudi EAEko herritarrek are gehiago sendotu dutela, litekeena bada, osasun-laguntza unibertsal baten aldeko iritzia, zergen bidez finantzatu behar dela ere iritzita, gainera.

Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak osasunerako erabiltzen dituen baliabideei dagokienez, herritar gehienek uste dute egokiak direla (% 51 emakumeetan eta % 53 gizonetan), baina zati handi batek pentsatzen du gehiago inbertitu beharko litzatekeela, baliabideok behar baino gutxiago direlakoan (% 47 emakumeetan eta % 43 gizonetan), eta, azkenik, % 2-3k baino ez du uste gehiegi direla. Izan ere, herritar gehienek uste dute baliabideak gutxitu egin direla azken urteetan, zehazki, emakumeen % 65ek eta gizonen % 58k.

Osasun publikoa ala pribatua hobesteko garaian, gehienek publikoa hautatzen dute. Hala, ebakuntza kirurgiko bat egiteko, bata ala bestea aukeratzeari dagokionez (8.3. irudia), emakumeen % 86k eta gizonen % 82k Osakidetzako ospitale publiko batean egitea nahiago dute, ospitale edo klinika pribatu batean baino. Hobespen hori ia ez da aldatu 1998. urteaz geroztik. Osasun publikoaren aldeko jarrera hori esplikatzen duten arrazoiak, funtsean, Osakidetzak ematen dituen bermeak eta segurtasuna dira, osasun-sistema pribatuarekin alderaturik; hain zuzen ere, 4 pertsonatik 3k arrazoi hori ematen dute. Gainera, argudio hori bera aldezten dute, nonbait, gizarte-talde guztiek, maila sozioekonomikoen arteko aldeak txikiak dira eta.

Berriz gertatzen da osasun-laguntza publikoaren hobespen hori espezialisten kontsulten kasuan, gizonen % 74,2k eta emakumeen % 76,6k nahiago baitute Osakidetzako ospitale publiko batera jo, ospitale edo klinika pribatu batera baino, eta hobespen horretarako ematen duten arrazoi nagusia, atzera ere, kalitatearen bermea da.



8.3. Irudia Ebakuntza kirurgiko bat egiteko, osasun publikoa ala pribatua hobestearen bilakaera. EAE, 1998-2014

Iturria: geuk egina, Ikuskerak – 8. Osasungintza oinarri hartuta (Eusko Jaurlaritzako Prospekzio Soziologikoen Kabinetea)

9. Osasunaren finantzaketaren pribatizazioa handitu egin zen EAEn krisialdiko urteetan.

Osasunaren finantzaketaren pribatizazioa, funtsean, osasun-gastu guztitik era pribatuan egiten den zatiari dagokio. Eta zati hori, gehienbat, etxeek zerbitzuak erabiltzean egiten duten zuzeneko ekarpenak edo osasun-aseguru pribatuetan diharduten enpresen ekarpenak osaturikoa da.

Osasunaren pribatizazioaren dimentsioetan, hori da arriskurik handiena dakarrena, bai populazioaren osasunarentzat, bai osasun-arloko desparekotasun sozialak areagotzeko. Halaber, inpaktu negatiboa du osasun-sistema publikoaren gainean, osasunaren zainketaren finantzaketa pribatu baten hazkundea, sistema publikoaren iraunkortasuna hobetu gabe, ezta hurrik eman ere, mehatxua baita haren iraunkortasun sozialaren aurka. Gainera, zenbait azterlanek nabarmendu dute zer-nolako inpaktua duen pribatizazio-mota horrek bizitzaren medikalizaziorako.

EAEn, finantzaketaren pribatizazioa handitu egin da azken urteetan; dena dela, gai hori EAEn aztertzeko eskuragarri dagoen asken datua 2012koa da. Urte hartan, hain zuzen, osasun-gastua 5.662.970.000 euro izan zen, hau da, 2.578,3 euro biztanleko, BPGd-aren % 8,8. Gastu horretatik, % 26,8 finantzaketa pribatukoa izan zen, eta azken horren barruan nabarmentzen da etxeek zuzenean egin zuten gastua, gastu pribatuaren % 77,1 eta osasun-gastu osoaren % 20,7. Gizarte-aseguru pribatuek eta aseguru-enpresa pribatuek egin zuten gastua 289.412.000 euro izan zen, hau da, finantzaketa pribatuko gastuaren % 19,0 eta osasun-gastu osoaren % 5,1 (9.1. taula).

	Euro-milakoak	Osasun-gastu osoaren %	Finan-tzaketa-motaren %
Finantzaketa publikoa	**4.143.089**	**73,2**	**100**
Administrazio publikoak, gizarte-segurantzako administrazioak izan ezik	4.036.165	71,3	97,4
Gizarte-segurantzako administrazioak	106.924	1,9	2,6
Finantzaketa pribatua	**1.519.881**	**26,8**	**100**
Gizarte-aseguru pribatuak Aseguru-enpresa pribatuak	289.412	5,1	19,0
Etxeen zuzeneko ordainketak	1.171.409	20,7	77,1
Etxeen zerbitzurako irabazi-asmorik gabeko erakundeak (gizarte-aseguruak izan ezik)+ Sozietateak	59.060	1,0	3,9
Osasun-gastua, guztira	**5.662.970**	**100**	

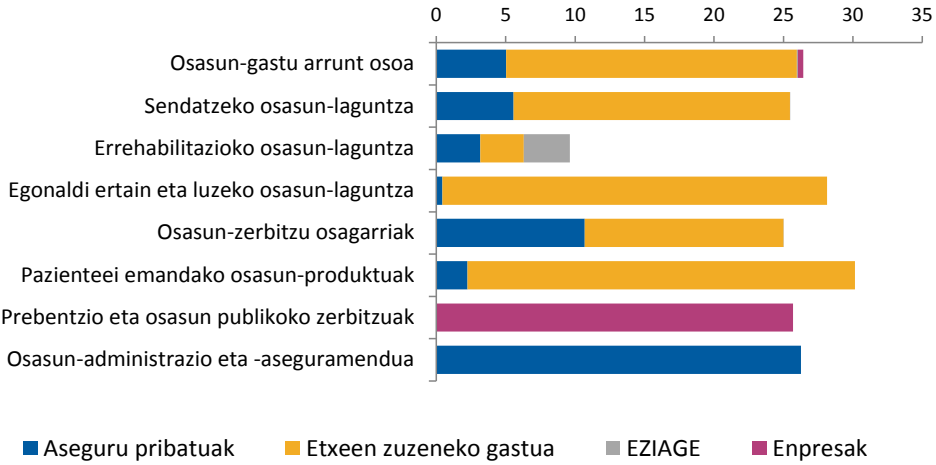
9.1. Taula. Taula. Osasun-gastua, finantzaketa-motaren arabera. EAE, 2012
Iturria: geuk egina, Eustaten oinarrituta

Osasun-gastuaren funtzioei begiratuta, EAEko osasun-gastu pribatua "pazienteei emandako osasun-produktuak" atalean da nabarmenagoa, horrelako osasun-gastuaren barruan % 30 ere hartu baitzuen, etxeen zuzeneko ordainketaren ekarpena nagusiturik. Nabarmendu egiten dira, halaber, "egonaldi ertain eta luzeko osasun-laguntza", "sendatzeko osasun-laguntza" eta "osasun-zerbitzu osagarriak", azken horietan, batez ere, laborategi klinikoen probak eta irudi bidezko diagnostikoa sartzen direla (9.1. irudia).

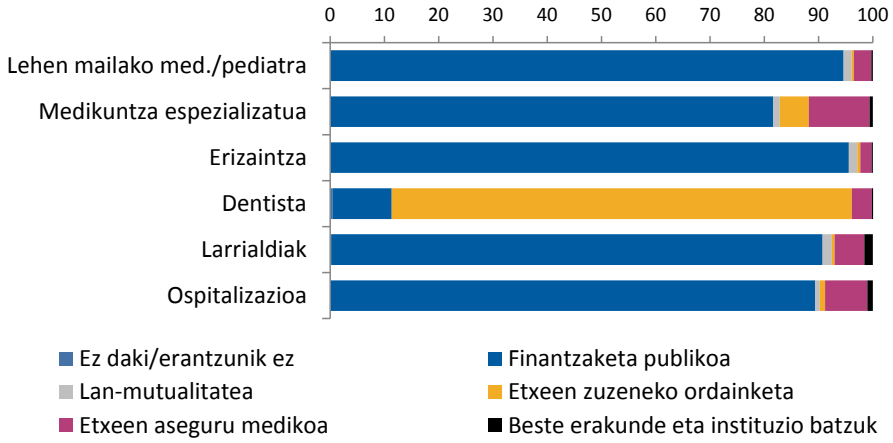
Profesional sanitarioekin egindako kontsulten finantzaketari dagokionez, finantzaketa asko aldatu zen osasun-laguntzaren mailaren arabera. Hala, 9.2. irudian ageri denez, lehen mailako arretan (familiako medikuntza, pediatria eta erizaintza) era publikoan finantzaturiko kontsultak % 95 inguru dira, baina, esaterako, dentista-zerbitzuaren kasuan, % 10 dira gutxi gorabehera, halako kontsulta gehienak etxeek zuzenean finantzatzen dituztelarik

(bisiten % 85). Aseguru mediko baten bidezko finantzaketa handiagoa da medikuntza espezializatuaren kasuan, horrela kontsulten % 11,2 finantzatuta, bai eta ospitalizazioetan (% 7,8) eta larrialdietan (% 5,6) ere.

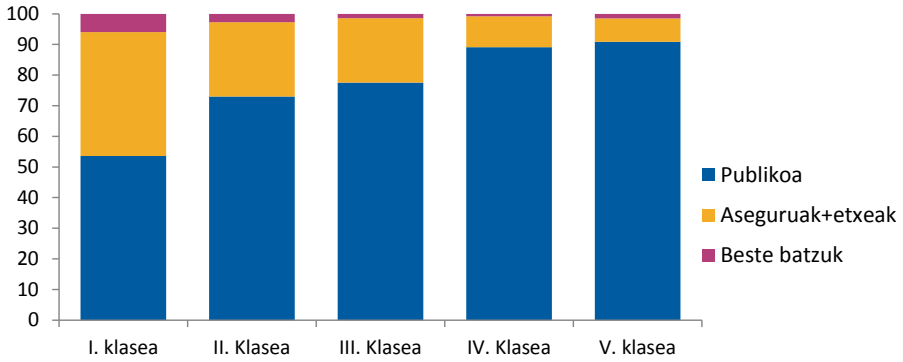
Arreta espezializatuari begiratzen badiogu, pertsonen maila sozioekonomikoak lotura nabaria izan zuen egindako kontsulten finantzaketa-iturriekin (9.3. irudia). Hala, gizarte-klase apaleneko pertsonen % 91 joan ziren era publikoan finantzatutako arreta espezializatuko kontsultetara, eta klase sendoenekoen artean, berriz, finantzaketa publikoko kontsultetara joan zirenak % 53,8 izan ziren.



9.1. Irudia. Finantzaketa pribatuko ehunekoa osasun-gastu arruntean, eragilemotaren arabera (gizarte-aseguru pribatuak eta aseguru-enpresa pribatuak; etxeen zuzeneko gastua; etxe eta enpresen zerbitzurako irabazi-asmorik gabeko erakundeak), eta funtzioaren arabera. EAE, 2011
Iturria: geuk egina, Eustaten oinarrituta



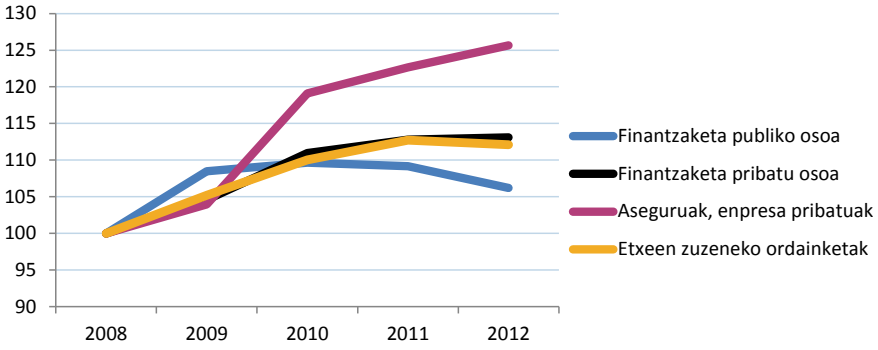
9.2. Irudia. Kontsulten finantzaketaren iturria, motaren arabera. EAE, 2013
Iturria: geuk egina, Euskal Autonomia Erkidegoko 2013ko Osasun Inkesta oinarri hartuta



9.3. Irudia. Medikuntza espezializatuan egindako kontsulten finantzaketa-iturria, gizarte-klasearen arabera. EAE, 2013
Iturria: geuk egina, Euskal Autonomia Erkidegoko 2013ko Osasun Inkesta oinarri hartuta

Osasunaren finantzaketaren pribatizazioa handitu egin da azken urteetan EAEn: 2009tik 2012ra bitartean (eskuragarri dagoen azken datua), osasun-gastuaren barruan finantzaketa pribatu bati dagokion ehunekoa ia bi puntu igo zen. Igoera hori bi faktore zirela eta gertatu zen: lehenik, osasun-gastu pribatua handitu zen aldi horretan, osasun-aseguru pribatuen gastua batik bat; bigarrenik, osasun-gastu publikoa neurri txikiagoan hazi zen. Hala, krisialdiaren hasieratik 2012ra arte, gastu publikoa % 6,2 gehitu zen, 2008-2009ko aldian izan zen igoera bati esker, hark geroko jaitsiera konpentsatzeko adinakoa izan baitzen. Finantzaketa pribatuko osasun-gastua, alabaina, gastu publikoa halako bi igo zen, % 13,1 zehazki. Bereziki nabarmendu behar da gizarte-aseguru pribatuetan eta aseguru-enpresa pribatuetan eginiko gastua, aipatutako aldian % 25,7 gehitu zen eta (9.4. irudia).

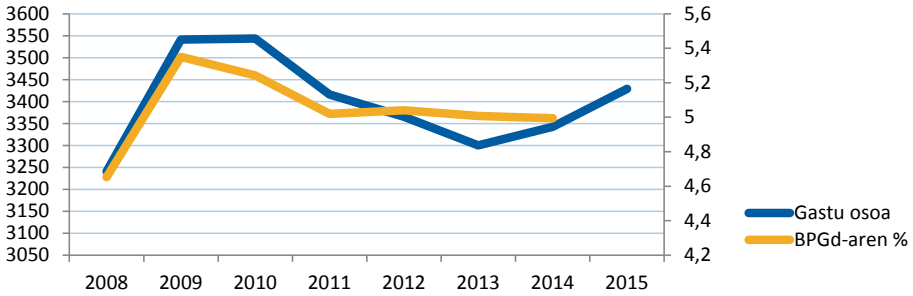
Finantzaketa publikoko osasun-gastuaren kasuan, posible da jakitea zer bilakaera izan duen 2012tik aurrera ere. Hain zuzen, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailaren urteko gastu likidatuari buruz lortutako datuen arabera –hura izanik osasun-gastu publikoaren finantzatzaile nagusia EAEn–, 2015ean guztira 3.429.209.749 euro inbertitu zituen osasunean. Krisialdiari begiratuta, 2009an igoera handia izan eta gero, nabarmen jaitsi zen 2010etik 2013ra bitarte, hots, gastuak berriz goranzko joera hartu zuen urtera arte, eta horrela jarraitu zuen 2015era arte. Igo arren, gastuak ez zuen lortu 2009. urteko mailara iristea, eta, horrela, 2015ean oraindik % 3,2 txikiagoa zen, 2009an baino, % 11,2 txikiagoa KPIaren bilakaera kontuan hartzean (9.5. irudia).



9.4. Irudia. 2008. urtearekiko bilakaera (2008=100), finantzaketa publikoko gastu osoa, finantzaketa pribatuko gastu osoa, gizarte-aseguruen eta aseguru-enpresa pribatuen gastua zein etxeen zuzeneko gastua aintzat hartuta. EAE, 2008-2012

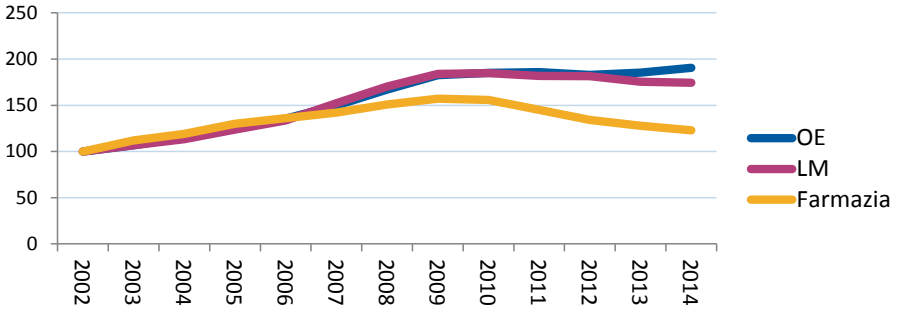
Iturria: geuk egina, Eustaten oinarrituta

Gastu publikoaren bilakaera, alabaina, ez da homogeneoa izan azken urteetan zehar (2002-2014). Ospitaleko arretaren eta arreta espezializatuaren finantzaketa publikoak gora egin zuen aztertzen ari garen aldian, bai kopuru absolutuetan, bai finantzaketa osoaren barruan duen pisuari dagokionez. Igoera bereziki handia izan zen krisialdiaren aurreko urteetan, baina urtero gertatu zen, 2012an izan ezik. Lehen mailako arretaren finantzaketa, berriz, 2012ra arte antzeko joera izan arren, jaitsi egin da ordutik (9.6. irudia).



9.5. Irudia. Osasun Sailaren urteko gastu likidatuaren bilakaera. Gastu osoa euro-milioikoetan (marra gorria, ezkerreko ardatza) eta BPGd-aren ehunekoetan merkatuko prezioaren arabera (marra berdea, eskuineko ardatza). EAE, 2008-2015

Iturria: geuk egina, Osasun Sailean eta Eustaten oinarrituta



9.6. Irudia. Gastu publikoaren bilakaera erlatiboa (2002=100), ospitaleko zerbitzu eta zerbitzu espezializatuetan (OE), lehen mailako osasun zerbitzuetan (LM) eta farmazian. EAE, 2002-2014

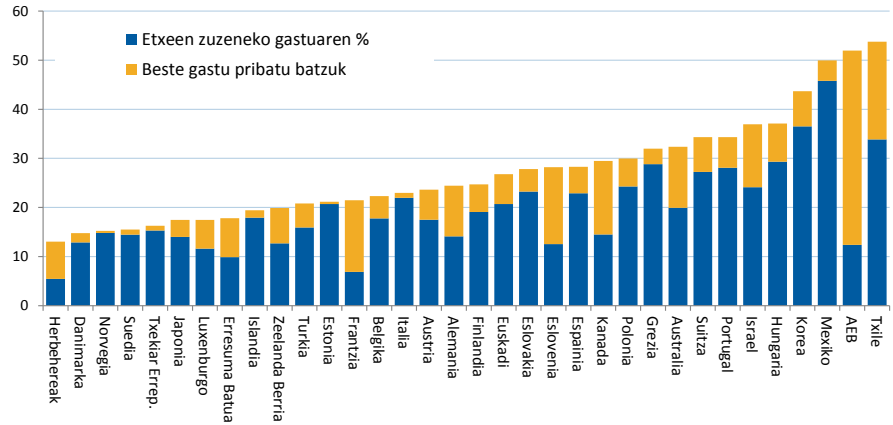
Iturria: geuk egina, Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioan oinarrituta

10. EAEn osasunean egiten den gastu orokorrean lau eurotik bat finantzaketa pribatutik dator, eta ehuneko hori inguruko herrialdeetako batez bestekoa baino handiagoa da.

EAEko osasunaren finantzaketak duen pribatizazio-maila haren inguruneko herrialde gehienetan baino handiagoa da. Finantzaketa pribatua % 26,8 da EAEko osasun-gastu osoan, Europako iparraldeko herrialde gehienetan baino askoz handiagoa, hala nola Herbehereetan, Danimarkan edo Norvegian, haietan, hain zuen, % 15 inguru baita ehuneko hori. Herrialde kontinental gehienetan baino handiagoa da, orobat, hala nola Frantzian, Belgikan, Austrian, Alemanian edo are Italiako hegoaldean, horietan guztietan % 20-24 ingurukoa da eta. Hala, bada, EAEn finantzaketaren pribatizazioak hartzen duen ehunekoa Espainian (% 28), Grezian (% 31) edo Portugalen (% 34) baino txikiagoa da bakarrik.

ELGAko (Ekonomia Lankidetza eta Garapenerako Antolakundea) gainerako herrialdeen aldean, EAE tarteko postu batean dago pribatizazio-ehuneko txikia duten herrialdeen artean (Japonia, Islandia edo Zeelanda Berria kasu), eta oso urruti dago, bestalde, finantzaketa oso pribatizatua duten osasun-sistemetatik, Mexiko, AEB edo Txiletik, esate baterako, azken horietan gastu pribatuaren ehunekoa osasun-gastuaren erdia izaki, gutxi gorabehera (10.1. irudia).

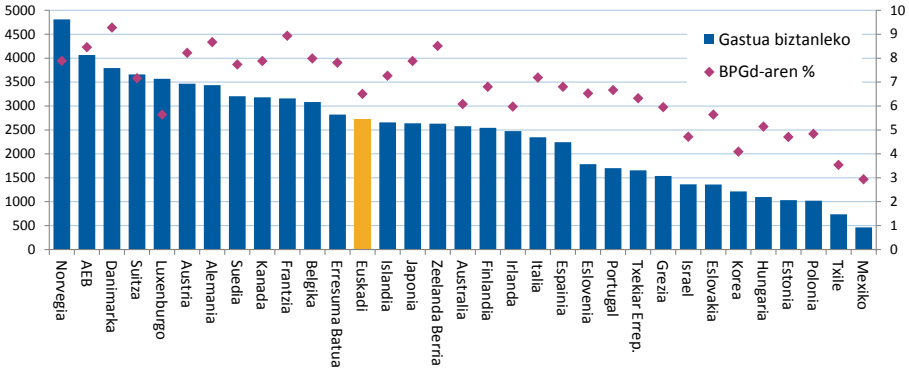
Europako inguruneko herrialdeetan baino, EAEn pribatizazio-maila handiagoa egoteko arrazoia da etxeen zuzeneko gastuak osasunaren finantzaketan hartzen duen ehunekoa. Gastu-mota horrek hartzen duen ehunekoa bakarrik kontuan hartuz, EAEk are ehuneko handiagoa du, gainerako herrialdeekin alderatuta, gastu pribatu osoarena baino. Hala, EAEn ehuneko hori (% 20,7) askoz handiagoa da Herbehereetan (5,4), Frantzian (6,9) edo Erresuma Batuan (9,9) baino, besteak beste, eta ia bakarrik Europako hegoaldeko herrialdeetan baino txikiagoa da, hots, Italian (% 22,0), Espainian (% 22,9), eta Portugalen (%28,1), eta pribatizazio-maila handiko beste herrialde batzuetan, hala nola Mexikon (% 45,8) edo Txilen (% 33,9).



10.1. Irudia. Finantzaketa pribatuaren ehunekoa osasun-gastu osoaren barruan, gastu-motaren arabera (etxeen zuzeneko gastua eta gainerakoak). EAE eta ELGAko hainbat herrialde, 2011 edo daturik hurbilena
Iturria: geuk egina, Eustaten eta ELGAn oinarrituta

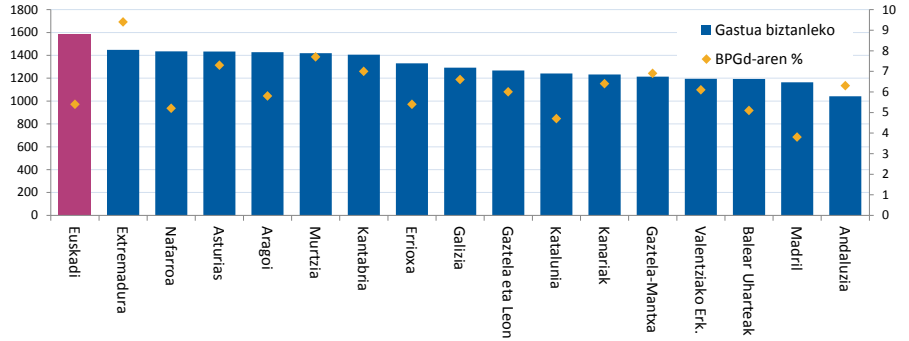
Finantzaketa pribatuak guztizko osasun-gastuan duen pisuaz gain, osasunaren pribatizazioaren egoera aztertzerakoan, osasunean egiten den gastu publikoa ere kontuan hartzea komeni da. Osasun-gastu publiko horri begiratuta, EAE postu on batean dago gainerako autonomia-erkidegoen aldean, eta postu on samarra ELGAko herrialdeekin konparatzean, baina postu txarragoa du Europako bere inguruneko herrialdeekin alderatuz gero. Hala, EAEko osasun-gastua Norvegia, AEB, Danimarka, edo Suitzako gastutik urruti dago, bai eta EB-15eko herrialde batzuetakotik ere (Alemania edo Suedia kasu), baina Europako hegoaldeko herrialdeetan baino handiagoa da. Alabaina, gastu publikoak BPGd-an duen ehunekoa aintzat hartuz gero, EAEk EB-15eko herrialde gehienek baino balio txikiagoak ditu, bai eta Europako hegoaldeko herrialde batzuek baino txikiagoak ere, hala nola Espainiak edo Italiak (10.2. irudia).

Gainerako autonomia-erkidegoekin alderatuta, EAEn osasun-gastu handiagoa egin zen biztanleko 2014an. Zehazki, EAEko administrazioak osasunean % 9 gehiago inbertitu zuen biztanleko, gehien inbertitu zuten autonomia-erkidegoetan bigarrenak baino (Extremadura), eta % 50 gehiago gutxien inbertitu zuenak baino (Andaluzia). BPGd-arekiko proportzioko gastuari begiratuta, EAE tarteko postu batean dago (10.3. irudia).



10.2. Irudia. Osasun-gastu publikoa. Gastua biztanleko (EAP, US$; barrak, eskuineko ardatza) eta BPGd-aren ehunekoa (puntuak, ezkerreko ardatza). EAE eta ELGAko herrialdeak, 2011 edo daturik hurbilena

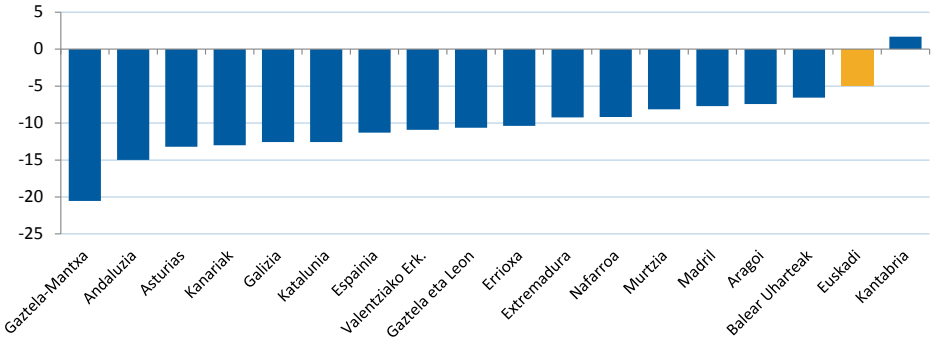
Iturria: geuk egina, Eustaten eta 2013ko EKO-Osasungintza ELGAn oinarrituta



10.3. Irudia. Osasun-gastu publiko kontsolidatua. BPGd-aren ehunekoa eta euroak biztanleko. EAE eta gainerako autonomia-erkidegoak, 2014

Iturria: geuk egina, Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioan oinarrituta

Gastu horrek 2009tik –osasun-gastu publikoa orokorrean gutxitu zen lehen urtetik– 2014ra bitartean izaniko bilakaerari begiratuta, gastu publikoa EAEn gutxiago jaitsi zen (% 4,9), Espainiako Estatuko batez bestekoa baino, eta jaitsiera autonomia-erkidego guztietako txikiena izan zen, Kantabria bakarrik kenduta, azken horretan osasun-gastu publikoa % 1,7 igo baitzen 2009 eta 2014 artean (10.4. irudia).



10.4. Irudia. Osasun-gastu osoaren aldaketaren bilakaera (%), toki-korporaziorik gabe, autonomia-erkidegoaren arabera. 2009-2014
Iturria: geuk egina, Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioan oinarrituta

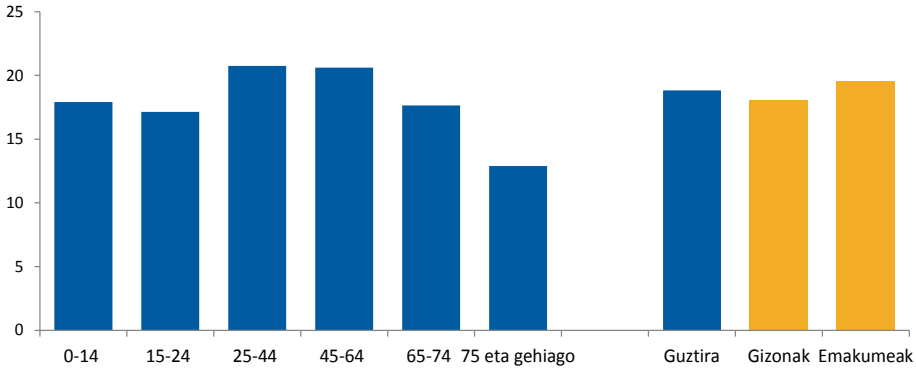
11. Osasun-aseguru pribatu batera jotzen duten pertsonen kopurua handitu egin da EAEn azken urteotan.

Biztanleen % 20 inguruk osasun-aseguru pribatua dauka.

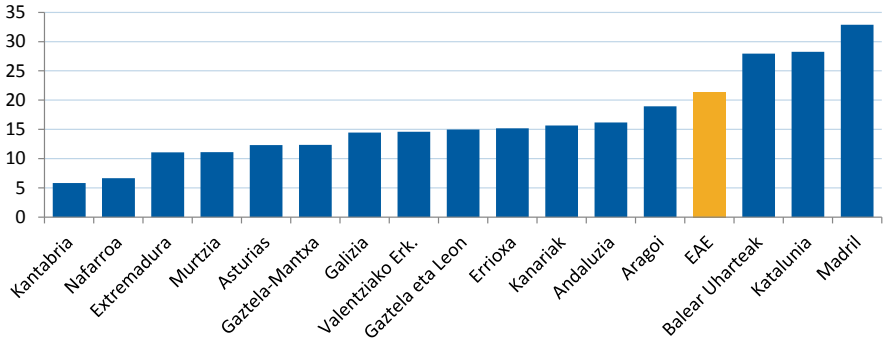
Aseguramenduaren pribatizazioa, gurea bezalako herrialdeetan, pribatizazioarekiko faktore osagarritzat har daiteke osasunaren finantzaketaren ondoan. EAEn, aseguramenduaren pribatizazioa osasun-aseguru pribatuetan eta funtzionarioen mutualitateetan gauzatzen da. Osasun-aseguru pribatuekin hasita, EAEko biztanleen % 20 inguruk badauka aseguru pribatu bat, hau da, 407.171 bat pertsonak. Aseguru pribatua zuten pertsonen ehunekoa nabarmen handitu zen adinarekin. Hala, 25 eta 64 urte arteko taldeak agertu zuen osasun-aseguramendu pribatuaren ehunekorik handiena. Adin handienekoen taldeak izan zuen, ordea, ehunekorik txikiena, eta, horren arabera, osasun-aseguru pribatua duten 74 urtetik gorakoen ehunekoa 7 puntu txikiagoa da, 25 eta 44 urte arteko populazioaren artean baino (11.1. irudia). Gizonen eta emakumeen arteko aldeak, alabaina, txikiagoak izan ziren; hori bai, emakumeetan puntu eta erdi handiagoa izan zen aseguru pribatua zuten pertsonen ehunekoa, gizonetan baino.

Gainerako autonomia-erkidegoekin alderatuta, EAEn handia da aseguramendu pribatuaren presentzia (11.2. irudia), Madrilekin (% 33,0), Kataluniarekin (% 28,3) eta Balearrekin (% 21,4), batera, eta beste erkidego batzuetatik urruti geratzen da, hala nola Kantabriatik (% 5,8).

Aseguramendu bikoitza zuten pertsonen ehunekoak, 1993tik 2003ra bitarteko aldian, jaisteko joera txiki bat izan zuen. Alabaina, 2003az geroztik, ehuneko hori igotzeko joera txiki baina etengabe bati lotu zitzaion, eta, 2008 eta 2011 artean motelaldia izan eta gero, berriz igotzeko joera nabaria izan du azken urteetan. Hala, bada, EAEn aseguru pribatu bat zuten pertsonen kopurua, 2015ean, % 33,3 handitu da, 2003koaren aldean.



11.1. Irudia. Osasun-aseguru pribatua duten pertsonen ehunekoa, adinaren eta sexuaren arabera. Aseguramendu Libreari buruzko Inkesta. EAE, 2015
Iturria: geuk egina, Eustaten eta INEn oinarrituta

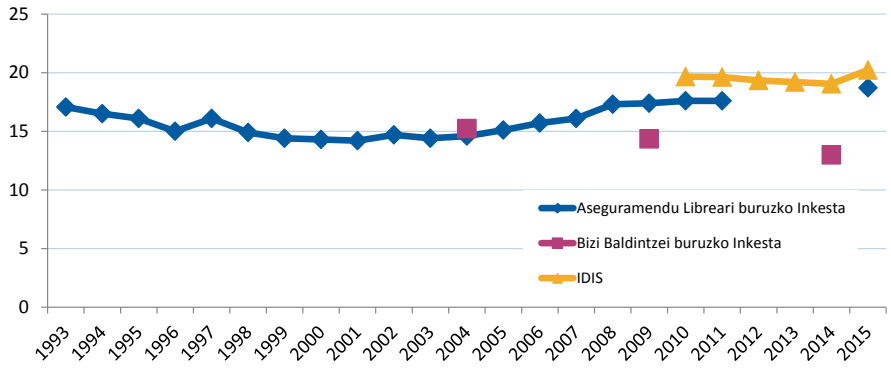


11.2. Irudia. Osasun-prestazioen aseguru pribatua duten pertsonen ehunekoa, autonomia-erkidegoen arabera. Espainiako Estatua, 2015.
Iturria: geuk egina, UNESPAn oinarrituta. 2015eko Txosten Soziala

Igoera hori azken urteetan bizia ere izan da, eta 2011tik 2015era bitartean asegurudun pertsonen kopurua % 6,4 handitu da, hau da, 24.561 pertsona gehiago (11.3. irudia).

Aseguramendu pribatuaren igoera hori aseguramendu kolektiboaren gehikuntzaren ondorioz gertatu da, alegia, enpresek langileentzat itundutako aseguruen ondorioz; izan ere, halakoak % 165 igo ziren 2003tik 2015era bitartean, eta 90.000 pertsona pasatik 240.000ra igo ziren. Gehikuntza hori ere izan zen nabarmena 2011-2015 aldian, % 17,7 igo baitzen, hau da, 36.333 pertsona gehiago. Gainerako aseguramendu-motak jaitsi egin ziren, batez ere funtzionarioen mutualitateen kasuan, % 40,6 gutxiturik 2003-2011 aldian, bai eta partikularrek kontrataturiko aseguruen kasuan, % 16,4 beheraturik. Hala, gaur egun pertsonen erdiek baino apur bat gehiagok (% 53) aseguru kolektibo baten bidez dute aseguru pribatua EAEn.

Azkenik, funtzionarioen mutualitateei dagokienez, 2014. urtean, EAEn, 44.455 pertsona zeuden funtzionarioen hiru mutualitate nagusietako batean: Estatuko Administrazio Zibileko Funtzionarioen Mutualitatean (MUFACE) (% 75); Mutualitate Orokor Judizialean (MUGEJU) (% 8); edo Indar Armatuen Gizarte Institutuan (ISFAS) (% 17), alegia. Haietatik, % 75ek osasun-aseguramendu pribatu bat hautatu zuten, estatuko batez bestekoaren baino hamar puntu gutxiagok.



11.3. Irudia. Osasun-aseguru pribatua duten pertsonen ehunekoaren bilakaera, zenbait iturriren arabera Bizi Baldintzei buruzko Inkesta, Aseguramendu Libreari buruzko Inkesta, eta IDIS fundazioa. EAE, 1993-2015
Iturria: geuk egina, Eustaten eta IDIS fundazioan oinarrituta

12. Finantzaketaren eta aseguramenduaren pribatizazioa ere bada osasun-sistema publikoen ardura.

Lehen ere aditzera eman dugunez, osasunaren finantzaketaren eta aseguramenduaren pribatizazioak dira, pribatizazioaren dimentsioen artean, populazioaren osasunarentzat, eta osasun-arloko desparekotasun sozialak areagotzeko, arrisku handiena dakartenak. Halaber, inpaktu negatiboa dute osasun-sistema publikoa iraunkorra izan dadin

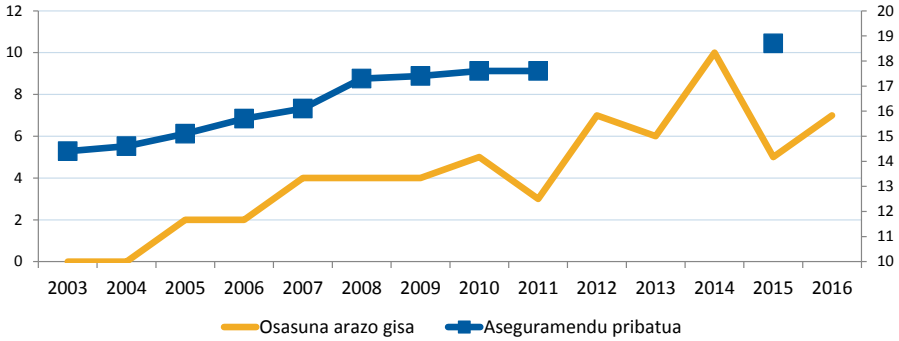
Alabaina, finantzaketaren pribatizazioa ez da normalean jartzen pribatizazioaren aurkako eragileen aldarrikapen nagusien artean, eta ez da bereziki agertzen pribatizazio horren inguruko debateetan. Era berean, osasunerako eskubidearen pribatizazioaren dimentsio hori kezka gehienen protagonista ere ez zen izan ikerketa honetan elkarrizketaturiko pertsonen artean. Hori bereziki deigarria da EAEren kasuan, nazioarteko testuinguruarekin konparaturik, hobetzeko tarte handia badagoelako. Erakutsi dugunez, EAEko osasun-gastu pribatuaren ehunekoa haren inguruneko herrialde askotan baino handiagoa da, eta azken urteetan, gainera, bai osasun-gastu pribatuaren ehunekoa, bai osasun-aseguru pribatua duten pertsonena handitu dira. Aseguramenduari dagokionez, osasun-aseguru pribatuek ere gora egin dute azken urteetan.

Bat baino gehiago izan daitezke arrazoiak finantzaketaren pribatizazioak presentzia txikiagoa izan dezan osasunaren pribatizazioaren inguruko debateetan. Lehenik, osasun-gastu pribatuaren zati handi bat sistema publikoak estaltzen ez dituen, zati batean bakarrik estaltzen dituen edo koordainketak dituzten zerbitzuak egotearen ondorio da, eta herritarrek, oro har, egoera hori naturalizatu egin dute. Alabaina, osasun-sistema publikoak zerbitzu jakin batzuk ez estaltzearen edo zati batean estaltzearen jatorrian, zenbaitetan, koiuntura historiko batzuk edo erabaki politiko jakin batzuk daude, herritarren osasunaren gaineko inpaktuaren aldetik espero den emaitzagatik esplikatzen ez direnak. Hartara, zerbitzu-katalogoa aldatzea, logikaz, gai politiko bat da, eta mota horretako erabakien mendean baino

ez dago, horrenbestez, estalirik ez dauden zerbitzuak katalogora gehi daitezen. Horrela frogatzen du EAEn haurren hortz-arreta finantzaketan sartu izanak 1990ean, PADI programaren bidez, edo haurdunaldia borondatez etetea, 2/2010 Lege Organikoa indarrean sartu eta gero.

Bigarrenik, eta osasun-aseguru pribatu gehiago egoteari dagokionez, osasun-politika publikoen ezaugarriekin duen lotura ez da ikusten osasunaren pribatizazioaren beste dimentsio batzuen kasuan bezain argi. Horren ondorioz, osasun-estaldura pribatuaren bilakaera ez zaio normalean egozten administrazio publikoaren jardunari. Horren adibide bat aurkitzen da Eusko Jaurlaritzako Osasuneko sailburuari Deia egunkarian (2017ko urtarrilaren 3a) egin zitzaion elkarrizketaren ondorengo pasartean. Honako galdera honi: "E*AEko 400.000 herritarrek baino gehiagok osasun-aseguru pribatu bat izateak esan nahi du ez direla fidatzen Osakidetzaz?*", sailburuak honela erantzun zion: "*Nire ustez, esan nahi du badagoela nahikoa aberastasun-maila, pertsona batzuek aseguru pribatu bat ordaintzeko eragozpena ez izateko, arreta espezializatu pertsonalagoa edo gela pribatu bat edo atzerapen apur bat laburrago bat lortzearren. (….)*". Hala ere, egiaztatu egin da osasun-sistema publikoaren ezaugarriek biziki baldintzatzen dutela aseguramendu pribatuaren bilakaera. Hala, osasun-sistemaren ahultze-prozesuek –aurrekontuen murrizketen bidez edo profesionalen prekarizazioaren bidez– zuzeneko eragina izaten dute aseguramendu pribatuaren hazkundean. Ildo horretan, daitekeena da azken urteetan horrelako aseguramenduak EAEn izan duen igoerak lotura izatea krisialdiari emaniko erantzunekin eta halakoek osasun-sisteman izaniko ondorioekin. Hain zuzen ere, EAEn (12.1. irudia) krisialdian gizartearen kezka nabarmen handitu da osasunaren inguruan, osasun-murrizketa handieneko urteetan batik bat (2012-2014), eta, gainera, horrekin batera aseguramendu pribatua gehitu egin da.

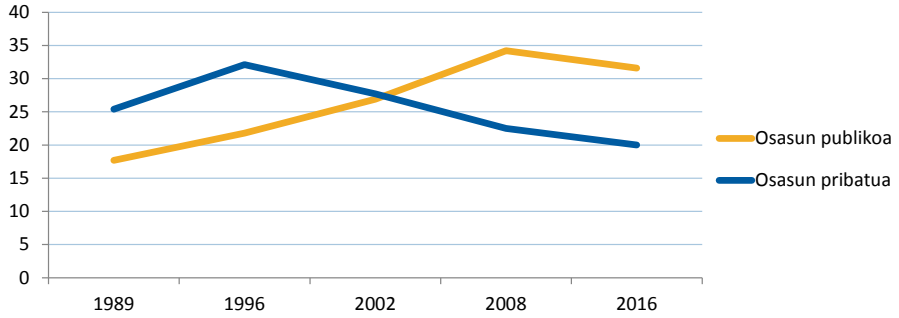
Ekonomia-krisiak dira, haietan osasun-sistema publikoak deslegitimatzeko kanpainak gertatzeaz gain, mehatxu handienetako batzuk sistema horien aurka, eta, horrenbestez, populazioaren osasunaren aurka eta osasun-arloko desparekotasun sozialen bilakaeraren aurka. Horren ondorioa da osasun-sistema publikoaren etorkizunaren aurkako mehatxu nagusiak ez izatea hainbeste populazioaren zahartzea eta antzeko prozesuak, baizik eta sistemaren kalitatea narriatzen duten beste dinamika horiek, pixkanaka haren deslegitimazio soziala eragiten baitute, eta, horrenbestez, aseguramendu pribatuko sistemetaranzko ihesaldia, batez ere egoera sendoagoa duten gizarte-mailakoen aldetik.



12.1. Irudia. EOsasuna EAEko arazo nagusien artean aipatzen duten biztanleen ehunekoaren bilakaera, osasun-aseguru pribatua duten pertsonen ehunekoaren barruan*. EAE, 2003-2016

Iturria: geuk egina, Eustaten eta Prospekzio Soziologikoen Kabinetean oinarrituta

* Ez dago daturik 2012-2014 aldirako



12.2. Irudia. Aldibaterakotasun-tasa (enplegu guztiaren %) osasun-sektore publikoan eta osasun-sektore pribatuan. 1989-2016ko bilakaera

Iturria: geuk egina, Puig-Samper-en (2016) datuak oinarri hartuta

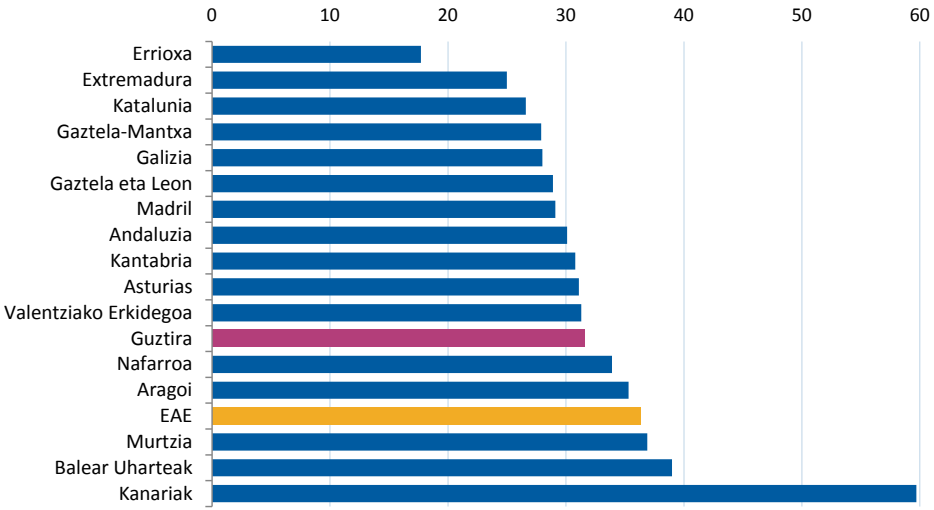
Osasun-sistema publikoko profesionalen enplegu- eta lan-baldintzak garrantzizko alderditzat baliatu izan dira osasunaren pribatizazioa bultzatzen duten faktoreak, era integralean, ulertzeko garaian. Hala, baldintza horiek pixkanaka okertzean, eta pertsonala murriztean, osasun-sistema publikoa pixkanaka narriatuko litzateke, eta horrek, azken batean, osasun-sistema pribatuen hazkundea eta garapena bultzatuko lituzke.

Aurreko ataletan deskribatu denez, ekonomia-krisialdiko azken urteetan osasun-aurrekontu publikoa murriztu egin da, eta hori EAEn ere gertatu da, estatuko gainerakoan baino neurri txikiagoan gertatu arren. Austeritate-politika horrek, beste ondorio batzuen artean, inpaktua izan du osasun-sistema publikoko giza baliabideen gainean, eta haien prekarietate-maila, hain zuzen, hainbat sindikatuk salatu dute, baita Bizkaiko Medikuen Elkargoak ere[9].

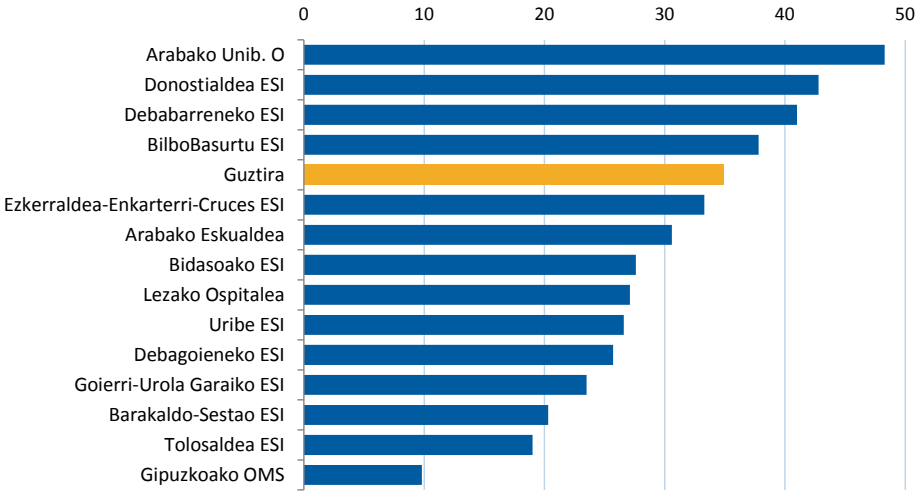
Estatuko Osasun Sisteman (SNS), oro har, aldibaterakotasun-maila % 31,6 ingurukoa da, tasa handiago batekin osasun-sektore pribatuan (% 20,0), sektore publikoaren gainerakoan (% 19,9) eta langile guztien artean (% 25,9) baino. 12.2. irudian ikusten denez, SNSko aldibaterakotasuna nabarmen igo da azken urteetan, osasun-sektore pribatuan gertatutakoaren alderantziz, azken horretan prekarietatea gutxitu egin baita (Puig-Samper, 2016).

Aldibaterakotasun-maila handiagoa da EAEn, estatuko batez bestekoa baino, eta laugarren autonomia-erkidegoa da osasun-sistema publikoaren barruko aldibaterakotasun-mailari dagokionez (12.3. irudia). Euskal osasun-sistema publikoan, aldibaterakotasuna 15 puntu gorago dago EAEko enplegu osoan dagoen batez bestekoa baino, eta 20 puntu gorago Europar Batasuneko batez bestekoa baino (ELA, 2015). Prekarietate-maila horretan, alde nabarmenak izan ziren erakunde sanitario batetik bestera (12.4. irudia).

[9] https://www.cmb.eus/historico-de-noticias/precariedad-laboral-medica-un-recordatorio-y-un-ofrecimiento-2



12.3. Irudia. Aldibaterakotasun-tasa (enplegu guztiaren %) osasun-sektore publikoan, autonomia-erkidegoaren arabera. 2016.
Iturria: geuk egina, Puig-Samper-en datuak (2016) oinarri hartuta



12.4. Irudia. Behin-behinekotasunaren proportzioa Osakidetzan, guztira eta erakunde sanitarioaren arabera. 2015.
Iturria: geuk egina, ELAren datuak (2015) oinarri hartuta

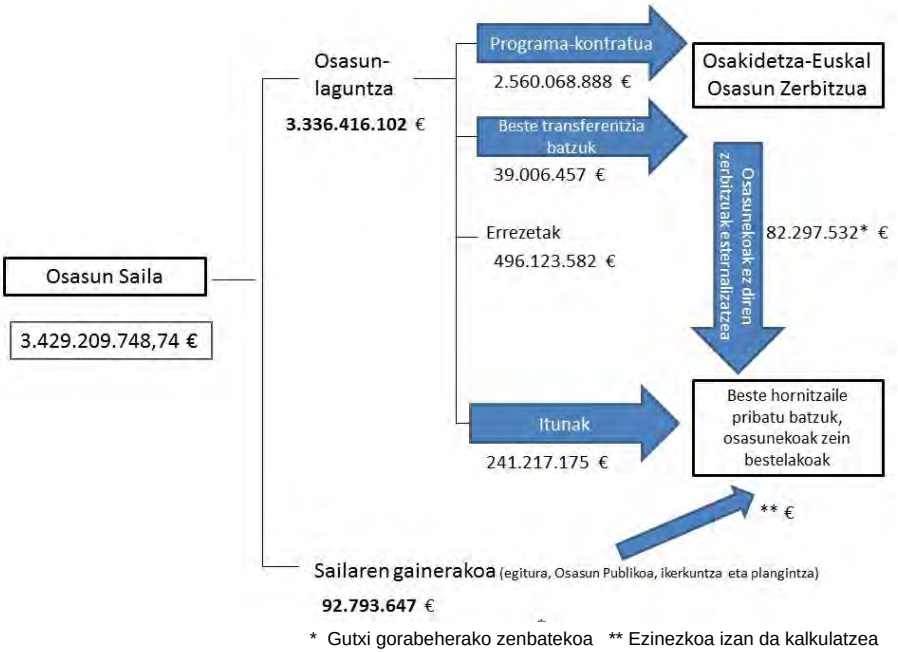
13. Eusko Jaurlaritzak osasun-laguntzan inbertitutako hamar eurotik bat enpresa edo erakunde pribatuak kontratatzeko erabiltzen du; azken urteetan apur bat gutxitu da zenbateko hori.

Osasun-arloko zerbitzu-horniduraren pribatizazioa osasun-zerbitzuak entitate pribatuekin ituntzeari eta osasunekoak ez diren zerbitzuak esternalizatzeari dagokio. Pribatizazioaren dimentsio horixe da atentzioa gehien ematen duena osasunaren pribatizazioaz aritzean. Areago, zenbaitetan, osasunaren pribatizazioa aipatzen denean, sektore pribatuarekin egiten den ia kontratazio-mota horretaz bakarrik hitz egiten da. Halaber, adostasun gutxien sortzen duen dimentsioa da, bai definizioaren inguruan, bai dakartzan ondorioen inguruan, osasun-laguntzaren pribatizaziotzat zer jo dezakegun adostuta ez egoteraino.

EAEn, estatuko gainerako osasun-sistemetan bezala, osasun publikoa finantzatzea eta zerbitzuez hornitzea bereizteak posible egin zuen funts publikoekin finantzaturiko osasun-laguntzan hornitzaile pribatuak sar zitezen. Zehazki, Osasun Sailak finantzatzen du osasun-laguntza publikoa, eta hura aurrera eraman dezake hala hornitzaile publiko bakarrarekin, Osakidetzarekin, nola hornitzaile pribatu batzuekin, irabazi-asmoa izan zein ez. Era berean, Osakidetzak, bere jarduna betez, hertsiki osasunekoak ez diren zerbitzu batzuk (zerbitzu horiek pazienteen osasunaren gainean garrantzizko ondorioak izan ditzaketen arren) kontratatzen ditu enpresa pribatuekin, esaterako, sukaldeko zerbitzuak, garbiketa, edo historia klinikoen kudeaketa. Azken hori izendatzeko “zerbitzuen esternalizazioa” erabili ohi da. Hurrengo irudian (13.1.), kontratazio-fluxu horien laburpena jasotzeko saioa egin da, 2015. urterako.

Alabaina, ezin dira jo osasun-arloko zerbitzu-horniduraren pribatizaziotzat, ez Osasun Sailak egiten dituen itun guztiak, ez Osakidetzak gauzatzen dituen esternalizazio guztiak. Hala, lehenetatik hortik kanpo utz litezke, esa-

terako, protesien erosketa, gastuen itzulketak, eta foru-aldundiekin izenpetzen diren hitzarmen soziosanitarioak. Halaber, Osakidetzaren esternalizazioak kuantifikatzeko erabiliriko iturrietan, erlijio-zerbitzuen gastua ageri da, eta horren arazoa ez litzateke, dena dela, zerbitzu-hornidura pribatuaren ingurukoa, galdera izanik, ordea, ea osasun-sistema publikoak mota horretako zerbitzuak finantzatu behar dituen.

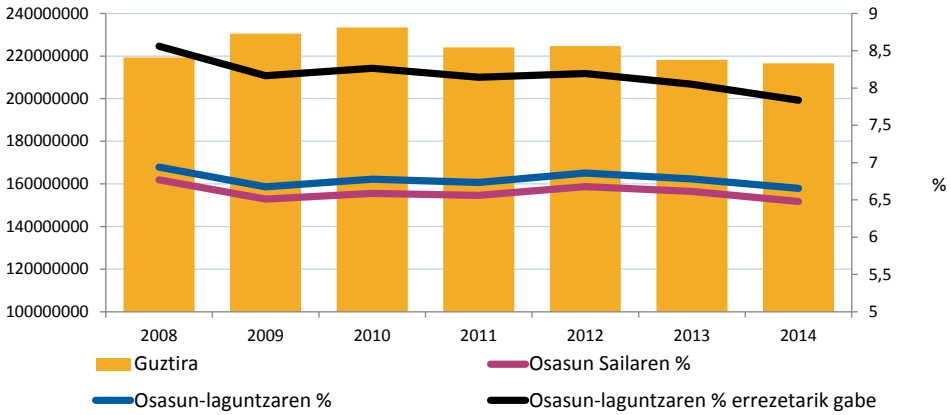


* Gutxi gorabeherako zenbatekoa ** Ezinezkoa izan da kalkulatzea

13.1. Irudia. Osasun Sailaren aurrekontu-sailak, haiek jasotzen dituen hornitzaile-motaren arabera. EAE, 2015

Halakoak aintzat hartuta, eta kontu-sail horiek kanpo utzita, 2015ean finantzaketa publikoko eta zerbitzu-hornidura pribatuko osasun-laguntza 299 milioi eurokoa litzateke, hau da, Osasun Sailaren aurrekontuaren % 8,9 eta osasun-laguntzan egiten den gastuaren % 9,2, edo, errezeten gastua kenduz gero, osasun-laguntzaren gastuaren % 10,8.

Osasun-arloko zerbitzu-horniduraren pribatizazioaren bolumena alderatu, eta haren bilakaera aztertzerakoan, komeni da bereiztea, batetik, osasun-laguntza emateko enpresekin eginiko itunak eta, bestetik, osasunekoak ez diren zerbitzuen esternalizazioak. Lehen kasuari dagokionez –eta protesien erosketarako, gastuen itzulketetarako, eta foru-aldundiekin izenpetzen diren hitzarmen soziosanitarioetarako kontu-sailak kanpo utzita–, itunetarako esleitu zen diruaren bilakaerak jokabide gutxi-asko egonkorra izan zuen 2008-2014 aldian. Zehazki, haren bolumena % 6,4 gehitu zen 2010era bitarte, baina handiagoa izan zen ondoren, 2014ra arte, izan zuen jaitsiera, % 7,2koa. Ondorioz, 2014an horrelako itunetarako esleitzen zen bolumena apur bat txikiagoa zen 2008an baino (% 1,3). Gastu horrek Osasun Sailaren aurrekontuan duen pisuari dagokionez, hura ere apur bat gutxitu zen aipatutako aldi horretan, eta, hala, 2008an % 6,8 zen, eta 2014an, berriz, % 6,5. Jaitsiera handiagoa izan zen –errezetak kenduta– osasun-laguntzan egiten den gastuaren barruan gastu horrek duen pisuari dagokionez; izan ere, horrelako itunak % 8,6 hartzetik % 7,8 hartzera igaro ziren (13.2. irudia).



13.2. Irudia. Osakidetza ez diren beste hornitzaile batzuekin Osasun Sailak egindako osasun-itunetan gastatutakoaren bilakaera (protesiak, gastuen itzulketa, eta foru-aldundiekin izenpetutako hitzarmenak kenduta). Gastu osoa eta sailaren aurrekontu osoaren ehunekoa. EAE, 2008-2014

Iturria: geuk egina, Osasun Sailaren eta Eusko Legebiltzarraren datuak oinarri hartuta

Estatuaren gainerakorekin alderaturik, EAEn itunen ehunekoa batez bestekoaren gainetik dago; hala, Katalunian baino askoz balio txikiagoak dituzte, eta Balear Uharteetan, Madrilen edo Kanarietan baino apur bat txikiagoak, baina beste autonomia-erkidego batzuetan baino handiagoak, hala nola Kantabrian, Aragoin eta Gaztela eta Leonen, halakoetan itunetarako izendatzen den aurrekontu-ehunekoa hiru puntu txikiagoa izanik (13.1. taula). Itunen bilakaerari dagokionez, EAE dago 2008-2014 aldian halakoak murriztu ziren hamar autonomia-erkidegoen artean, murrizketa txikienekoa, dena dela. Gainerako autonomia-erkidegoekin alderatu ahal izateko, itungastu osoa eta osasun-gastu publiko osoa hartu dira kontuan, Osasun eta Gizarte Politika Ministerioaren datuen arabera. Hori dela eta, EAErako ematen den ehunekoa ez dator bat lehen deskribaturikoarekin.

2008-2014ko gastuaren aldea		2014ko gastuaren ehunekoa	
Balear Uharteak	155,4	Katalunia	24,8
Madril	88,2	Balear Uharteak	11,7
Kantabria	69,8	Madril	11,7
Errioxa	28,3	Kanariak	10,4
Nafarroa	20,2	Errioxa	8,6
Extremadura	16,7	Nafarroa	7,1
Kanariak	0,4	**Euskadi**	**7,0**
Euskadi	**-1,5**	Murtzia	6,8
Andaluzia	-4,1	Asturias	6,3
Aragoi	-4,2	Galizia	5,8
Galizia	-6,7	Valentziako Erkidegoa	5,4
Asturias	-11,4	Gaztela-Mantxa	5,3
Murtzia	-17,1	Andaluzia	4,9
Valentziako Erkidegoa	-17,5	Extremadura	4,6
Gaztela eta Leon	-20,3	Gaztela eta Leon	4,1
Katalunia	-21,7	Aragoi	4,0
Gaztela-Mantxa	-23,1	Kantabria	3,7

13.1. Taula. Osasun-itunak autonomia-erkidegoka, 2014 eta 2008 arteko ehuneko-aldea eta 2014ko gastu osoaren ehunekoa.
Iturria: geuk egina, Osasun eta Gizarte Politika Ministerioaren datuak oinarri hartuta

14. Akutuen ospitaleek, garraio sanitarioak eta osasun mentalak hartzen dute enpresa edo erakunde pribatuekin itundutako gastu publikoaren erdia baino gehiago.

2014an, zentro pribatuekin eginiko osasun-itunen % 34,3 akutuen ospitaleen (% 28,4) eta egonaldi ertain eta luzeko ospitaleen (% 5,9) zerbitzuak ituntzera bideratu zen. Gastuaren % 16,6 osasun mentalerako esleitu zen, eta arreta anbulatorioak, bestalde, % 15,3 hartu zuen. Garraio sanitarioak ere –urgenteak zein itundutakoak– itundutakoaren zati handi bat hartu zuen, zehazki, gastu osoaren % 23,7. Bestalde, beste kontzeptu batzuk ere, hala nola protesien ordainketa (% 2,1), gastuen itzulketa (% 1,1) eta hitzarmen soziosanitarioak (% 6,8), osasun-itunen bidez gauzatzen dira (14.1 taula).

	Euroak	%
Anbulatorioak	36.914.568	15,3
Akutuen ospitaleak	68.313.182	28,4
Protesiak	5.154.384	2,1
Egonaldi ertain eta luzeko ospitaleak	14.298.595	5,9
Osasun mentala	39.999.550	16,6
Garraio sanitarioa	57.011.838	23,7
Gastuen itzulketa	2.737.862	1,1
Hitzarmen soziosanitarioak	16.372.929	6,8
Guztira	**240.802.908**	**100**

14.1. taula. Osakidetza ez diren beste hornitzaile batzuekin Osasun Sailak egindako osasun-itunak, motaren arabera. Euro-kopurua, eta kopuru osoaren %. EAE, 2014

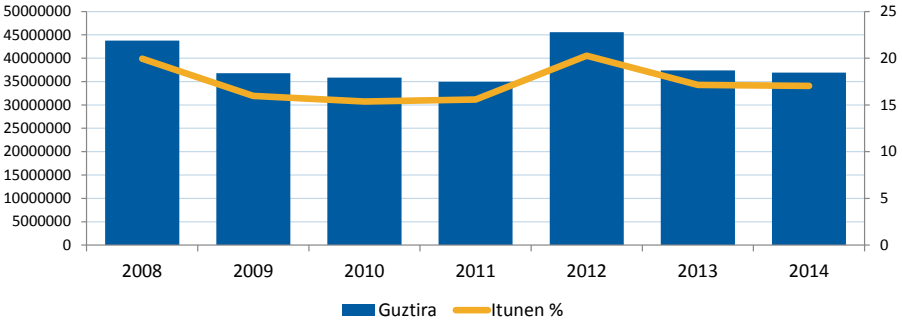
Iturria: geuk egina, Osasun Sailaren datuak oinarri hartuta

Arreta-motaren arabera xeheago azterturik, atzematen da itun anbulatorioei 2014an guztira 36.914.568 euro egokitu zitzaizkiela, hau da, itun-gastu osoaren % 15,3 (14.2. taula). Kontu-sailen arabera, handienak izan ziren arnas terapiena (kopuru osoaren % 36,4), hemodialisiarena (% 21,0) eta etxeko larrialdiena (% 11,1). Kontu-sail horren barruan sartzen dira, orobat, Haurren Hortzak Zaintzeko Programari (PADI) dagozkion itunak, eta horren kostua, zerbitzu-hornidura pribatuaren aldetik, 4.896.237 euro izan zen.

	Euroak	%
Arnas terapiak	13.421.552	36,4
Hemodialisia	7.737.057	21,0
PADI	4.896.237	13,3
Erresonantzia magnetikoak	2.312.667	6,3
OTA	1.302.540	3,5
PET	683.880	1,9
Etxeko larrialdiak	4.095.812	11,1
Errehabilitazio anbulatorioa	316.119	0,9
Bestelako errehabilitazioa	1.277.609	3,5
Beste batzuk	871.098	2,4
Itun anbulatorioak, guztira	**36.914.568**	**100,0**

14.2. taula. Osakidetza ez diren beste hornitzaile batzuekin Osasun Sailak egindako arreta anbulatorioko osasun-itunak. Euro-kopurua, eta itun anbulatorioen kopuru osoaren %. EAE, 2014
Iturria: geuk egina, Osasun Sailaren eta Eusko Legebiltzarraren datuak oinarri hartuta

Itun anbulatorioetarako esleituriko gastua % 15,4 jaitsi zen 2008an egindakoaren aldean, itun-mota horien bolumena 2012an nabarmen igo zen arren (14.1. irudia). Mota horretako itunen jaitsiera handiagoa izan zen, itun guztiena, oro har, baino; hori dela eta, itun anbulatorioen pisua gutxitu egin zen azken horien barruan; hala, 2008an % 20,0 hartzen zuten, eta 2014an, berriz, % 17,0. Kontu-sailen arabera, jaitsierarik handienak erresonantzia magnetikoetan, OTAetan eta PETetan gertatu ziren. Errehabilitazio anbulatorioak ere nabarmen egin zuen behera, baina horren esplikazioa ia erabat 2008tik 2009ra izandako aldaketan aurkitzen da, urte horretatik aurrera kontu-sailak egonkor jarraitu baitzuen. PADIren eta arnas terapien kontu-sailak, alabaina, % 20 baino gehiago hazi ziren aldi guztian zehar.

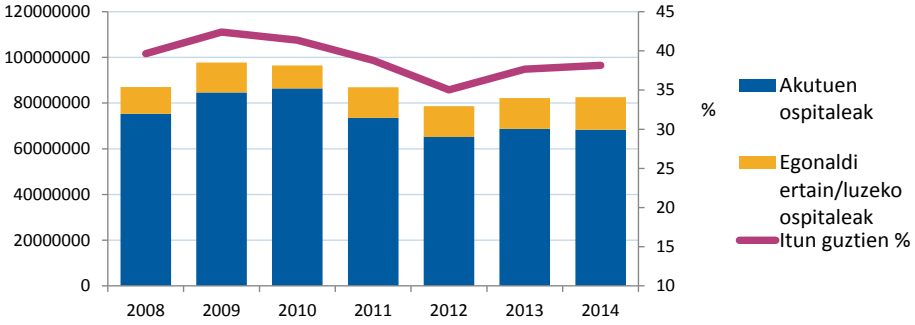


14.1. irudia. Osakidetza ez diren beste hornitzaile batzuekin Osasun Sailak egindako arreta anbulatorioko osasun-itunen bilakaera. Euro-kopurua, eta itun guztien kopuru osoaren % (protesiak, gastuen itzulketak, eta foru-aldundiekin izenpetutako hitzarmenak kenduta). EAE, 2008-2014
Iturria: geuk egina, Osasun Sailaren eta Eusko Legebiltzarraren datuak oinarri hartuta

Eginiko elkarrizketetan, askotan agertu da akutuen ospitaleekin zein egonaldi ertain eta luzeko ospitaleekin egiten diren itunen gorabehera, bai haien kostu handiagatik, bai kontrataturiko zerbitzuaren beraren ezaugarri eta historiagatik. Hain zuen ere, gehien bat horrelako motako itunei eman zaie garrantzia komunikabideetan nahiz osasunaren pribatizazioaren aurkako jarreretan. 2014an, itun-mota horretarako izendaturiko kontu-saila 8.261.776 eurokoa izan zen, hau da, osasun-itunen % 38,2 eta finantzaketa publikoko osasun-laguntzaren % 3,3.

Ospitale-itunetarako esleituriko kopurua % 5,0 txikiagoa izan zen 2014an, 2008an baino. Hala, 2009an eta 2010ean gora egin ondoren, horrelako itunetarako esleituriko gastua 2012ra bitarte jaitsi egin zen, eta azken urte horretan igotzeko joera txiki bati lotu zitzaion, baina, hala ere, 2014ko kopurua ez zen itzuli 2008ko balioetara (14.2. irudia). Horren ondorioz, itun-mota horren bolumena, itun guztien barruan, oro har, apur bat jaitsi zen, 2008an itun guztien % 39,7 hartzen baitzuen, eta 2014an, berriz, % 38,2. Alabaina, jokabidea ez zen bera ospitale-mota guztietan: akutuen ospitaleetan, itunek % 9,3 egin zuten behera aztertutako aldian, eta egonaldi ertain eta luzeko ospitaleen itunen bolumena, berriz, % 22,3 handitu zen.

Osasun mentaleko arretak ere bolumen handia izan zuen itunen artean. 2014an, Osasun Sailak osasun mentaleko arretarako 39.999.550 euro erabili zituen, hau da, Osakidetza ez diren beste erakunde batzuekin eginiko osasun-itun guztien % 16,6. Osakidetza ez diren beste erakunde batzuen



14.2. irudia. Osakidetza ez diren beste hornitzaile batzuekin Osasun Sailak egindako ospitale-itunen bilakaera. Euro-kopurua, eta itun guztien kopuru osoaren % (protesiak, gastuen itzulketak, eta foru-aldundiekin izenpetutako hitzarmenak kenduta). EAE, 2008-2014

Iturria: geuk egina, Osasun Sailaren eta Eusko Legebiltzarraren datuak oinarri hartuta

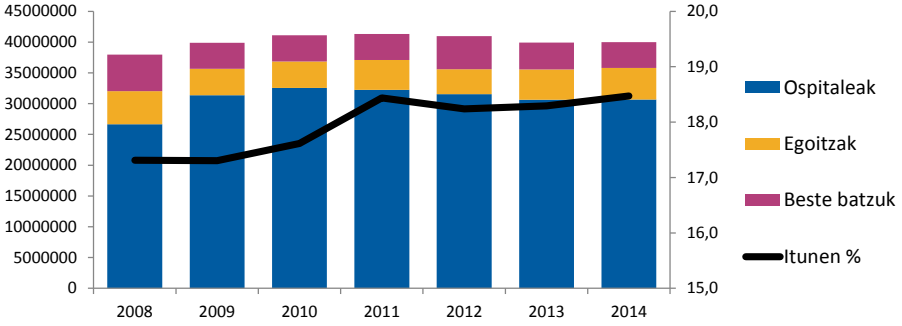
zerbitzu-hornidura neurri handian jasotzen duten arloen artean dago osasun mentala; izan ere, era publikoan finantzatzen den osasun-laguntza psikiatrikoaren % 28 erakunde pribatuen horniduraren bidez gauzatzen da.

2008-2011 aldian, itun-mota horren gastuak gorako joera izan zuen, baina azken urte horretatik aurrera apur bat jaitsi zen 2014ra bitarte; alabaina, jaitsiera horrek ez zuen azkenean konpentsatu lehenagoko igoera (14.3. irudia). Horren ondorioz, osasun mentaleko itunek itun guztien barruan izan zuten pisua handitu egin zen, 2008an % 17,3 izanik, 2014an % 18,5 izatera igaro zen. Zerbitzu-motaren arabera, guztiek ez dute bilakaera bera izan, ospitaleetan % 15,1eko igoera gertatu baitzen, eta gainerako zerbitzuetan, berriz, itundutako bolumena jaitsi egin baitzen.

Garraio sanitarioarena ere garrantzizko kontu-saila izan zen erakunde pribatuekin eginiko osasun-itunen barruan. Hala, 2014an, guztira 57.011.838 euro itundu ziren, hau da, itunen % 26,3 garraio sanitariorako izan zen, garraio programatua, larrialdietakoa zein helikoptero bidezkoa izan (14.4. irudia).

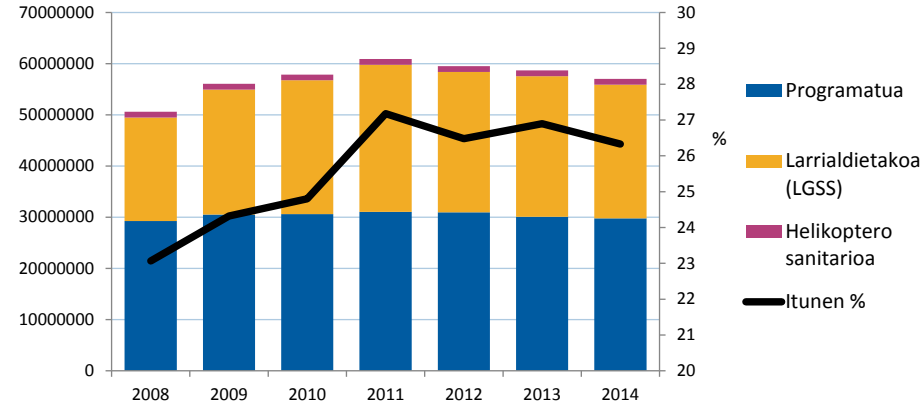
2014an, garraioko osasun-itunetarako izendatu zen dirua % 12,7 gehiago izan zen, 2008an baino. Igoera hori 2008-2011 aldian gertatu zen, gehienbat, orduan horrelako itunetarako erabili zen kopurua % 20,4 handitu

baitzen. Gero, kopuru horrek behera egin zuen, baina neurri txikiagoan. Hala, garraio sanitarioak itun guztien barruan izan zuen pisua areagotu egin zen, eta 2008an % 23,1 hartzetik, 2014an % 26,3 hartzera igaro zen. Larrialdietako garraioa izan zen, ia bakarrik, igoera horren arrazoia, garraio programatuak eta helikoptero bidezkoak bere horretan jarraitu baitzuten



14.3. irudia. Osakidetza ez diren beste hornitzaile batzuekin Osasun Sailak egindako osasun mentaleko itunen bilakaera. Euro-kopurua, eta beste hornitzaile batzuekiko itun guztien kopuruaren % (protesiak, gastuen itzulketak, eta foru-aldundiekin izenpetutako hitzarmenak kenduta). EAE, 2008-2014

Iturria: geuk egina, Osasun Sailaren eta Eusko Legebiltzarraren datuak oinarri hartuta



14.4. irudia. Osakidetza ez diren beste hornitzaile batzuekin Osasun Sailak egindako garraio sanitarioko itunen bilakaera, garraio-motaren arabera. Euro-kopurua, eta beste hornitzaile batzuekiko itun guztien kopuruaren % (protesiak, gastuen itzulketak, eta foru-aldundiekin izenpetutako hitzarmenak kenduta). EAE, 2008-2014

Iturria: geuk egina, Osasun Sailaren eta Eusko Legebiltzarraren datuak oinarri hartuta

15. Bi erakunde pribatuk, Onkologikoak eta Asuncion Klinikak, urtean 20 milioi baino gehiago jasotzen dituzte diru publikotik.

2014an, Osasun Sailak hainbat motatako enpresa eta erakunde pribatuekin eta hainbat kopurutan itundu zuen osasun-laguntza. Itun anbulatorioetatik hasita, ituntzen den zerbitzu-motaren araberakoa da itunen egitura. Arnas terapiak zenbait enpresa handirekin itundu ziren. Azken horien artean, esaterako, Linde Médica multinazionalak (600 enpresaren jabea da, eta 100 herrialdetan dago) 2013an 6,3 milioi euro jaso zituen, edo estatuaren esparruko Gasemedi izenekoarekin 2013an 7 milioi euro itundu ziren. Hemodialisiari dagokionez, itunak egin ziren bai enpresa multinazional batzuekin (Baxter eta Fresenius enpresekin 2,5 eta 1,9 milioi euro itundu ziren, hurrenez hurren), bai tokiko zenbait enpresarekin, haietako batzuk osasun-laguntzako zentro pribatuei lotutakoak zirela (15.1. taula).

Arnas terapiak	Euroak
Gasmedi	7.047.655
Linde Medica SLU	6.269.492
Guztira	**13.317.147**

Hemodialisia	Euroak
Dialbilbo	1.469.481
Hemobesa	1.474.952
Baxter	2.540.414
Fresenius	1.981.304
Nefro-Rioja,SL	26.709
Guztira	**7.492.860**

15.1. Taula. Osakidetza ez diren beste hornitzaile batzuekin Osasun Sailak egindako arnas terapiako eta hemodialisiko osasun-itunak. Euro-kopurua. EAE, 2013

Iturria: geuk egina, Osasun Sailaren eta Eusko Legebiltzarraren datuak oinarri hartuta

Erresonantzien, PETen eta OTAen kasuan, halakoak irabazi-asmoa duten enpresekin edo aldi-baterako enpresa-elkarteekin (ABEE) ituntzen dira, eta batzuetan urtean ia milioi bat euroko kopuruak ituntzen dituzte. Zenbaitetan, osasun-laguntzako zentro pribatuen edo aseguru pribatuen inguruko enpresak dira, Osasun Saila haien bezero bat gehiago dela, besteen artean.

Ospitale-itunei dagokienez, 2013an Osasun Sailak zentro horietako zenbaitekin itundu zuen horrelako osasun-laguntza. Alabaina, bi zentrok sailak arlo horretan itundutako kopuru osoaren erdia baino gehiago itundu zuten, eta haietako zazpik, kopuru horren % 97.

Zentro horien artean, Institutu Onkologikoa eta Asuncion Klinika nabarmentzen dira; hain zuzen ere, 2013an, Osasun Sailarengandik 23,1 milioi euro eta ia 20,7 milioi euro jaso zituzten, hurrenez hurren. Horietaz gain, beste bi zentrok egin zituzten 10 milioi euro baino gehiagoko itunak: Matia Fundazioak, ia 12 milioi eurokoa; eta Poliklinika Gipuzkoak, 10 milioi eurokoa. Bizkaian kokaturiko bi zentro ere nabarmentzen dira, urtean 5 milioi euro baino gehiagoko itunak dituztenak: Gurutze Gorria, 6,5 milioi euroekin; eta San Juan de Dios, 5,6 milioi eurorekin. Eta urtean milioi bat euro gainditzen duten bi zentro: San Onofre ospitalea eta Sanatorio Bilbaino, 2013an, hain zuzen 1,6 eta 1,3 milioi euro jaso zituztela, hurrenez hurren. Azkenik, Quirón-ek 406.499 euro jaso zituen 2013an (15.2. taula).

Osasun mentaleko arreta aurrera eramaten da ospitale psikiatrikoetan, egoitzetan zein osasun mentalaren arloan lan egiten duten bestelako erakunde batzuetan, hainbat motatako laguntza-zerbitzuak dauzkatela (komunitate terapeutikoak, tutoretzapeko modulu eta etxebizitzak, etab.). Erlijio-ordenek kudeatzen dituzten zentroak dira nabarmentzekoak: Aita Menni, 2013an 12,2 milioi euro jasotakoa; eta San Juan de Dios, 13,3 milioi euro jasotakoa. Beste zentro batzuekin eginiko itunez gain –hala nola Usurbilgo Sendategiarekin, 3,1 milioi eurotan– Argia erakundearekin eginikoa nabarmentzen da, 1,6 milioi eurotan (15.3. taula).

Ia garraio sanitario guztia enpresekin edo ABEEekin itundu zen, zati bat irabazi-asmorik gabeko zenbait erakunderekin itundu zen arren (% 12 inguru 2013an), DYArekin eta Gurutze Gorriarekin batik bat.

	Euro-kopurua	%
Instituto Onkologikoa	23.142.781	28,2
CS Mª Asunción	20.722.195	25,2
Matia Fundazioa	11.883.589	14,5
Policlínica	10.025.509	12,2
Cruz Roja	6.480.018	7,9
San Juan de Dios	5.579.319	6,8
San Onofre ospitalea	1.624.937	2,0
Sanatorio Bilbaíno	1.332.266	1,6
Quirón	406.499	0,5
Mutualia – Pakea	391.601	0,5
Virgen Blanca	252.209	0,3
CSV del Pilar	95.854	0,1
Hospital San José	70.706	0,1
Inst.Val.Onc./F.J.Díaz/I Leonor	14.120	0,0
Organización Médica Vitoria CL Álava	10.027	0,0
USP La Esperanza	9.352	0,0
Jiménez Díaz Fundazioa	8.575	0,0
Beste batzuk	79.923	0,1
Guztira	**82.129.480**	**100**

15.2. Taula. Osasun Sailarekin ituna duten akutuen zentro eta egonaldi ertain eta luzeko zentro ez-publikoak. Itundutako kopurua eurotan, eta kopuru osoaren %. EAE, 2013

Iturria: geuk egina, Osasun Sailaren eta Eusko Legebiltzarraren datuak oinarri hartuta

	Euro-kopurua	%
Aita Menni	12.175.414	34,2
H San Juan de Dios Arrasate	8.244.483	23,2
H San Juan de Dios Donostia	4.808.900	13,5
Sanatorio Usurbil	3.145.080	8,8
Argia	1.612.528	4,5
S. Corazón (Arrasate)	1.430.294	4,0
Bizitegi	832.310	2,3
Avifes	532.708	1,5
S.I. Loyola-Sánchez Ruiz	515.625	1,4
Izarra	488.593	1,4
Oizpe Munitibar	483.251	1,4
Haurrentzat	299.192	0,8
Apnabi	291.760	0,8
Gautena	281.463	0,8
S. Juan de Dios Palencia	230.822	0,6
Alegría	95.145	0,3
El Pilar Elizondo - Benito Menni	79.419	0,2
Hogar Izarra	10.452	0,0
Gautena	3.965	0,0
Guztira	**35.561.404**	**100**

15.3. Taula. Osakidetza ez diren beste hornitzaile batzuekin Osasun Sailak egindako osasun mentaleko itunak. Itundutako kopurua eurotan, eta kopuru osoaren %. EAE, 2013

Iturria: geuk egina, Osasun Sailaren eta Eusko Legebiltzarraren datuak oinarri hartuta

16. Osakidetzak 81 milioi euro erabili zituen osasunekoak ez diren zerbitzuak enpresa pribatuekin kontratatzeko.

Osakidetzak, bere jarduna betez, hertsiki osasunekoak ez diren zenbait zerbitzu esternalizatu zizkien enpresa pribatuei. Hala, 2016an 82.297.532 euroko zenbatekoan kontratatu zen enpresa pribatuekin, 81.732.084 eurotan, erlijio-zerbitzuak kenduz gero (16.1. taula). Horren arabera, gutxi gorabehera, Osakidetzaren aurrekontuaren % 3,2 erabiltzen da enpresa pribatuekin zerbitzuak kontratatzeko.

Formula horren bidez hainbat zerbitzu kontratatzen dira, baina zatirik handiena garbiketa-zerbitzuei dagokie, 53 milioiko kostuarekin (kopuru osoaren % 64,7), hamar enpresa pasaren artean banaturik (16.2. taula). Haietako batek, 2016an, ia 29 milioi euro jaso zituen, eta Osakidetzaren barruan 800 langile baino gehiago enplegatu zituen. Kalkulatzen denez, 1.700 pertsonak baino gehiagok dihardute Osakidetzako garbiketa-lanetan enpresa pribatu batek kontratataturik.

Bigarren kontu-saila eraikin eta instalazioen mantentze-lanena da, eta esternalizatu zen aurrekontu osoaren % 21,8 hartu zuen. Mantentze-lan elektromekanikoetan izan ezik, kontzeptu honetan enpresekin itundutakoa gutxiago izan zen, garbiketa-zerbitzuetan baino. Sukalde-zerbitzuan 9 milioi euro gastatu ziren (% 11,2), eta historia klinikoen artxibo eta kudeaketan eta laginen zaintzan, esternalizatutakoaren % 1,7.

Pribatizazio-maila ez zen bera izan Osakidetzako erakunde guztietan. Kalkuluen arabera, erakunde batzuetan –Arabako Osasun Mentaleko Sarean kasu– ez dago ia esternalizaziorik, eta ESI batzuetan –hala nola Bidasoakoan, Debagoienekoan edo Barakaldo-Sestaokoan– esternalizazio mailak % 4,5 gainditu zuen (16.1. irudia).

	Euro-kopurua	%
Garbiketa	53.210.725	64,7
Eraikin eta instalazioen mantentze-lanak	17.933.136	21,8
Sukaldea	9.210.007	11,2
Historia klinikoak (artxiboa, kudeaketa) eta laginen zaintza	1.378.216	1,7
Erlijio-zerbitzuak	565.449	0,7
Guztira	82.297.532	
Guztira (erlijio-zerbitzuak kenduta)	**81.732.084**	

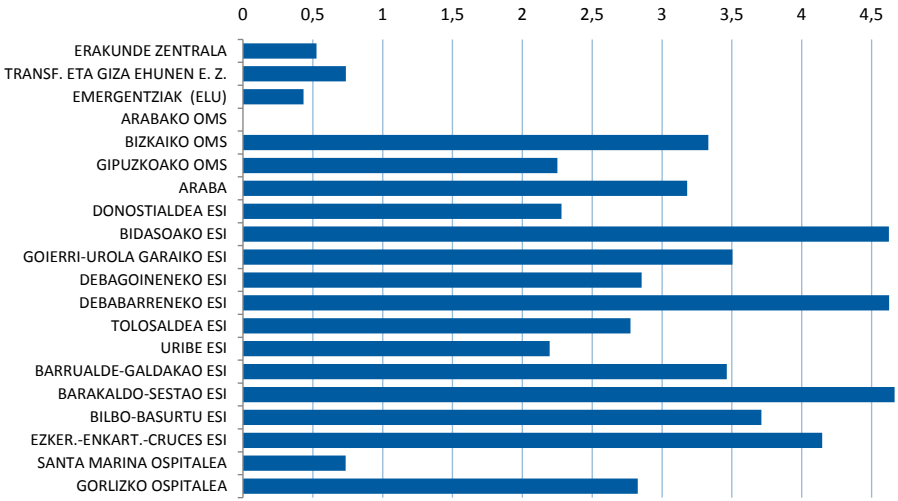
16.1. Taula. Osakidetzak enpresa pribatuekin esternalizatutako zerbitzuak EAE, 2016

Iturria: geuk egina, Osasun Sailaren eta Eusko Legebiltzarraren datuak oinarri hartuta

	Euro-kopurua	Langileak Osakidetzan
GARBIALDI, S.A.L.	28.602.079	862
UTE FERROSER-ASASER	6.254.287	230
UNIÓN INTERNACIONAL LIMPIEZAS (UNI2)	6.065.569	203
EULEN, S.A.	3.121.475	96
FERROSER SERVICIOS AUXILIARES, S.A.	2.912.790	87
LIMPIEZAS Y MANTENIMIENTO IMPACTO, S.L.	1.749.522	125
MASTERCLIN, S.A.	1.556.078	51
ISS FACILITY SERVICES	1.138.152	38
AUZOLAGUN, S. COOP.	939.156	30
COMERCIAL LIMPIEZA VILLAR, S.A.	527.629	26
ETXEGAR, S.L.	322.936	30
Guztira	**53.189.674**	**1.748**

16.2. Taula. Osakidetzak garbiketa-zerbitzuetarako kontratatutako enpresak, kontratatutako euro-kopuruaren arabera eta Osakidetzan dauzkaten langileen arabera. EAE, 2016

Iturria: geuk egina, Osasun Sailaren eta Eusko Legebiltzarraren datuak oinarri hartuta



16.1. Irudia. Osakidetzako zenbait erakundetan enpresa pribatuekin zerbitzuak esternalizatzeko erabilitako aurrekontu-ehuneko zenbatetsia. EAE, 2016
Iturria: geuk egina, Osasun Sailaren eta Eusko Legebiltzarraren datuak oinarri hartuta

17. Publikoak ez diren entitateekin egiten diren osasun-itunen % 40 irabazi-asmorik gabeko erakundeekin egiten dira.

Gehien errepikatzen diren ideietako bat da, pribatizazioaren gainean hain iritzi markatuak ez dituzten pertsonen artean batik bat, zerbitzu-horniduraren pribatizazioaren arriskuak hornitzaile-motaren araberakoak direla, neurri handi batean. Hala, askotan, argudiotzat erabiltzen da irabazi-asmorik gabeko enpresa edo erakundeek izaera berezia dutela eta, beraz, haiekin egiten diren itunak ez direla hain kaltegarriak. EAEn, irabazi-asmorik gabeko enpresekin egiten diren osasun-itunen zatia kopuru osoaren % 40koa da, eta halakoen artean badira zenbait erakunde-mota, erakunde erlijiosoak eta fundazioak nabarmentzen direla, bai eta paziente edo senitartekoen elkarteak edo bestelako GKE batzuk ere. Izan ere, jarrera batzuek aldeztu izan dute irabazi-asmorik gabeko enpresa baten osasun-arloko zerbitzu-hornidura hornidura guztiz publikoaren oso antzekoa dela. Nabarmentzen dute, erakundeak irabazirik lortzeko asmorik ez duenez, ez dela merkantilizaziorik edo negoziorik ere egiten eta, beraz, ez litzatekeela hertsiki zerbitzu-horniduraren pribatizazio bat.

Askotan egiten da irabazi-asmoko eta irabazi-asmorik gabeko hornitzaileen arteko bereizketa zerbitzu-horniduraren eta pribatizazioaren inguruko literaturan. Halaber, Kataluniako kasuan, osasuna despribatizatzeko berriki abian jarri diren prozesuetan ere bereizketa argi bat egin dute bi hornitzaile-moten artean, eta batzuetan helburutzat ezarri da merkataritzako enpresekin egiten diren itunen bolumena murriztea, baina ez irabazi-asmorik gabeko erakundeekin egiten direnena.

Badira, aitzitik, zenbait argudio, irabazi-asmorik gabeko erakundeekin itunak egitea aldezten duten jarrera horiei ñabardurak eransten dizkiotenak: lehenik eta behin, finantzatzaile publikoen eta mota horretako hornitzaileen arteko harremanen kontrol eta gardentasunaren aldetik, ikerketa honetan

eginiko elkarrizketa batzuek agerian utzi zuten horrelako hornitzaileen kontrola ez dela hornitzaile publikoen kasuan egiten denaren antzekoa. Areago, zenbaitetan, osasun-laguntza publikoa ematen duten irabazi-asmorik gabeko erakundeen itunetan eta funtzionamenduan dagoen gardentasun-maila merkataritzako enpresetan gauza daitekeena baino txikiagoa ere bada. Halaxe gertatzen da, esaterako, erlijio-ordenen mendeko erakundeekin –halakoek pisu handia dutela EAEko osasun-itunetan–, bai eta elkartearen forma juridikoa duten beste entitate batzuekin ere. Kasu horietan, erakundeek eta gizarte zibilak are zailago dute kontrolatzea diru publikoz aurrera eramaniko jarduerak, merkataritzako enpresa pribatuek aurrera eramaten dituztenak baino. Horren arrazoia da irabazi-asmorik gabeko sektoreko erakunde batzuen berariazko arauketa, betebehar arinagoak ezartzen baititu kontu emateari dagokionez, negozio-erakundeei ezarritakoekin alderaturik.

Bigarrenik, erakunde horiek irabazi-asmorik ez izan arren, haiek guztiak ez dira interes orokorrekoak, alegia, baliteke interes partikular batzuk defendatzea, merkataritzako enpresa pribatuekin eginiko itunen arriskuen antzeko arriskuak dituztenak. Hala, batzuetan, osasun-laguntza diru-kopuru handian ituntzen dute administrazio publikoarekin, eta horrek egitura handi batzuk sortzea dakar, langile-kopuru handiak ere badituztenak; horrela, egiturok mantentzea, lanpostuak zein soldatak zuzenean itunaren tamainaren mende geratzen dira. Erakundearen interesak –baita langileenak ere— direla eta, eta merkataritzako enpresetan erabiltzen direnen antzeko kudeaketa-teknikak bereganatzearen ondorioz, mota horretako erakundeen jokabidea, askotan, enpresa pribatu hutsek daukatenera hurbiltzen da. Gainera, zenbaitetan, mozkin ekonomikoa lortu nahian ez jardun arren, baliteke erakunde horiek xede edo misio bat izatea, interes orokorrarekin gatazkan sartzen diren balio batzuk transmititzean oinarritutakoa, eta, ondorioz, osasun-laguntzaren kalitatea arriskuan jar dezakete, merkataritzako enpresetan mozkin-nahiak bezala Halaber, erakunde horietako batzuen irabazi-asmorik gabeko izaera erlatibizatu egin behar da, haien jardueraren ezaugarriei berei begiratuta. Ordenamendu juridikoak berak jasotzen du irabazi-asmorik gabeko erakundeek merkataritzako jarduera bat aurrera eramateko aukera, beren finantzaketa osatzeko baliabideak eskuratu ahal izateko. Hala, zenbaitetan, itun publikoaren ondoriozko jardueraz gain, erakunde horiek osasun-laguntza pribatua ematen diete, ordainduz gero, beren paziente partikularrei, edo osasun-aseguru pribatu batzuei, eta horrek haien jarduera merkataritzako enpresa baten jarduerara hurbiltzen du, eta helburu sozial bat daukaten erakundeen eredutik urruntzen.

Azkenik, langileen aldetik, finantzatzaile publikoak ez du batere kontrolik giza baliabideak biltzearen gainean, eta horrek zalantzan jartzen du lanpostuetan berdintasun-, merezimendu- eta gaitasun-printzipioak betetzea, lanpostuok, batzuetan, zeharo era publikoan finantzaturikoak izanik.

18. Zerbitzu-horniduraren pribatizazioak jarrera kontrajarri nabariak sortzen ditu euskal osasun-sistemari dakarzkion arrisku eta onuren inguruan.

Finantzaketa publikoa duen osasun-arloko zerbitzu-horniduraren pribatizazioa da gehien agertzen den alderdietako bat osasunaren pribatizazioari buruzko debateetan zein pribatizazioaren aurkako eragileen aldarrikapenetan. Hori hain da hala, non baitirudi gaur egun bi kontzeptuen artean nolabaiteko asimilazioa dagoela, alegia, osasunaren pribatizazioaren eta osasun-arloko zerbitzu-horniduraren pribatizazioaren artean. Ikerketa honetan eginiko elkarrizketetan, zerbitzu-horniduraren pribatizazioak bereganatu ditu pribatizazioari buruzko diskurtso gehienak.

Finantzaketaren pribatizazioan ez bezala –haren inguruan, antza, nolabaiteko adostasuna baitago hura hedatzeak populazioaren osasunarentzat eta osasun-arloko desparekotasunetarako ekar ditzakeen arriskuen inguruan–, osasun-arloko zerbitzu-horniduraren kasuan ez dago ikuspegi bateraturik, ezta pribatizaziotzat jo beharrekoaren eta jo behar ez denaren inguruan ere, eta are gutxiago populazioaren osasunari dakarzkion arriskuen eta onuren balantzearen inguruan ere. Pribatizazioaren dimentsio horri buruz dagoen polarizazioa nabaria da: kasu batzuetan, jarrerak prozesu horien aurkakoak dira erabat, eta zerbitzu-hornidura guztiz publikoa izan dadila eskatzen dute (osasun-zerbitzuak zein osagarriak); eta beste pertsona batzuek, berriz, lankidetza publiko-pribatuak aldezten eta sustatzen dituzte osasunaren sektorerako, finantzaketa publikoko zerbitzu-horniduran enpresa pribatuek parte hartuta, funtsean.

Zerbitzu-horniduraren pribatizazioaren aurka diskurtso markatuago zuten pertsonei eginiko elkarrizketetan, zenbait arrisku potentzial nabarmendu dira: garrantzitsuenetako bat osasun-laguntzaren kudeaketan negozioko eta mozkin ekonomikoko irizpideak sartzetik dator, dagozkion zerbitzuen horniduran enpresek edo erakunde pribatuek parte hartzean. Elkarrizketa

horien ondorioen arabera, negozioko irizpide horiek eragin dezakete, lehenik eta behin, pazienteen osasunaren beraren aurretik, lehentasuna ematea irizpide ekonomizistei zein mozkinak lortzeko irizpideei. Bigarrenik, nabarmendu da, beharrezko kontrolak egin ezean, osasun-zerbitzuak ituntzeak biziki errazten duela ustelkeriazko praktikak ager daitezen, neurri batean edo bestean. Halaxe erakutsi dute Espainiako Estatuko hainbat tokitan gertatu diren kasuak, osasun-arloko zerbitzu-hornidura pribatizatzeko prozesuei lotuta. EAEn, osasun-itunak aberasketa pertsonalerako ere baliatu izanaren zantzuak daude, agerian jarri denez *Margüello* auzia deitutakoan, non ahozko epaiketa egiteko autoa ere emanda dagoen, nahiz eta agiri hau idazten ari den unean hari buruzko epairik eman ez den.

Ituntze pribatuaren arrisku potentzialtzat nabarmendu den beste alderdi bat izan da osasun-sistema pribatu bat egotea eta mantentzea ahalbidetzeko finantzaketa-bide gisa funtzionatzen duela batzuetan. EAEn, finantzaketa publikoaren zati bat osasun-enpresekin ituntzen da, eta azken horien xedea da osasun-zerbitzuak ematea bezero pribatu partikularrei edo osasun-aseguru pribatuei. Finantzaketa horrek ahalbidetzen du horrelako enpresak egon eta haz daitezen, eta, beraz, gure testuinguruan osasun pribatua egon dadin parasito-eran; horrek, epe luzera, sektore publikoa ahultzea eragin dezake, beste arrisku batzuen artean. Halaber, nabarmendu egin da zer-nolako arriskua dakarten horrelako itunek, funts publikoak osasun-laguntza pribatura desbidera daitezkeelako, adibidez, aldi berean bezero pribatuei laguntza ematen –eraikin fisiko berean– diharduten profesionalei edo erabiltzen diren teknologiei finantzaketa publikoa emanez.

Pribatizazio-mota hori egoteko justifikatzerakoan gehien baliatzen diren argudioetako bat eraginkortasun ekonomikoa izaten da, batez ere osasunekoak ez diren zerbitzuak esternalizatzeko. Ikerketa honen elkarrizketetan, kudeaketatik hurbileko pertsonek agertu dute bereziki iritzi hori, eta haien argudioak nabarmentzen du nolako aurrezpena sortzen duen, ustez, enpresa espezializatuei zerbitzuak erosteak. Halako argudioak ematean erakutsitako segurtasunagatik ere, ez dago ebidentzia argirik horrelako baieztapenak egiaztatzen edo gezurtatzen duenik. Zerbitzuen esternalizazioaren eraginkortasun ekonomiko handiagoa edo txikiagoa ebazpen argirik gabeko auzi bat da, hala elkarrizketaturiko pertsonen artean, nola gaiaren inguruan dagoen literaturan; izan ere, badirudi ez dagoela ebaluazio argi eta zehatzik eraginkortasun ekonomikoaren aldetik esternalizazio horiek eragiten dituzten onurei buruz. Deigarria da, EAEko osasun-sisteman, zerbitzu asko esternalizatuta dauzkala eta, ebaluazio ekonomiko publikorik ez ego-

tea, zerbitzu-hornidura bakoitzaren onurak edo desabantailak jasotzekoeta, beraz, horren inguruan iritzi informatuagoa eratzea ahalbidetzeko.

Eraginkortasun ekonomikoaz gain, osasun-zerbitzuen kudeaketatik hurbileko pertsonek askotan erabiltzen duten beste argudio bat da osasunekoak ez diren zerbitzuak haien esperientziatik urrun geratzen den arlo bat dela. Ildo horretan, aditzera ematen da osasun-laguntzarekin zuzenean loturik ez dauden zerbitzuak enpresei esternaliza dakizkiekeela, enpresok badutelako esperientzia handiago bat halako zerbitzuen horniduran eta kudeaketan. Osasun-zerbitzuak zuzenean osasun-laguntzaren inguruko zerbitzu guztiak gauzatzea bere gain hartzeko asmoa izan dezan ez omen da oso arrazoizkoa eta oso eraginkorra, zerbitzu horiek askotan osasun-laguntzarekin zerikusirik ez dutenean eta, areago, noizbehinka bakarrik gauzatzen edo erabiltzen direnean.

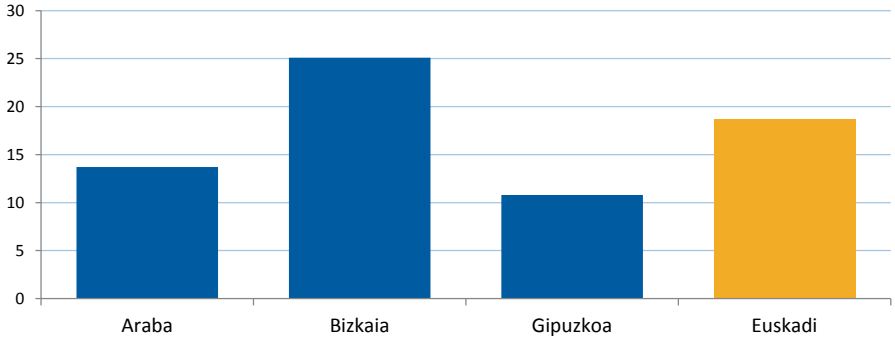
Osasun-zerbitzuak ituntzeari dagokionez, baliatu ohi diren aldeko argudioak bi izaten dira: lehenik, lankidetza publiko-pribatua beharrezko osagarritzat planteatzen da osasun-sistema publikoarentzat, eskaintza modulatzea ahalbidetzen baitio, eskariaren aldakuntzetara eraginkortasunez egokitzeko. Horrela, esaterako, proba osagarriak ituntzen direnean, itun horien bidez posible da beharrizanen goraldiez arduratzea edo hornidura publikoko zerbitzuek eginiko probak osatzea, gero infraerabiliko zen teknologia batean inbertsio handi gehigarriak egin behar izan gabe. Bigarren argudio nagusia herentzia historikoa da. Hala, nabarmentzen da itun asko Osakidetza sortu aurreko hainbat erakunderekin egiten direla, eta, horrenbestez, egungo itunak –neurri batean,– une jakin batean harturiko erabaki historiko batzuen ondorio lirateke, une hartan formula hori hobetsi baitzen, lehendik bazeuden baliabideak baliaturik, baliabide berriak sortu beharrean. Argudiatzeko logika horren arabera, gaur egun gobernu-taldeek jarduteko aukera gutxi lukete, zerbitzu horiek guztiak publifikatzea arazotsua litzatekeelako, lege aldetik zein ekonomia aldetik, eta azpiegitura publikoak sortzeko aukera ekonomikoki bideraezina litzatekeelako. Horrelako argudioak askotan erabili izan dira tamaina handiko itunak egon daitezen argudiatzeko, hala nola Gipuzkoako osasun mentaleko sarearena edo Asuncion Klinikarena. Itunen aldeko beste argudio bat da halakoek, zenbaitetan, bestela egongo ez liratekeen zerbitzu batzuk edukitzea ahalbidetzen dutela, laguntza ematen dieten populazioaren tamaina oso txikia izaki. Alabaina, zerbitzu-horniduraren pribatizazioaren aurka neurri handiagoan dauden iritzien aldetik nabarmentzen da itun horiek desegitea borondate politikoko kontua baino ez direla, beste publifikazio-prozesu batzuek erakutsi dutenez, osasun-arloan

zein beste arlo batzuetan, hala nola hezkuntzan.

Osasun-arloko zerbitzu-horniduraren pribatizazioak duen ezaugarri garrantzitsu bat da elkarrizketaturiko pertsona batzuek azken pribatizazio-prozesuei emandako izaera sinbolikoa. Hori da Urdulizko Alfredo Espinosa ospitale berriaren kasua, osasunaren pribatizazioaren aurkako antolakundeen eta Osasun Sailaren artean gatazka handia sortu baita, azken horrek osasunekoak ez diren zerbitzu batzuk esternalizatzea erabakitzean. Aipatutako antolakundeen arabera, zerbitzu horien pribatizazioa apustu estrategiko baten barruan dago; hala, Osasun Sailak eta Osakidetzak epe luzerako estrategia bat planteatu dute era inplizituan, osasun-sistema publikoa pixkanaka pribatizatzeko prozesu bat abian jartzeko. Osasun Sailak, baina, nabarmendu du erabaki hori ez dagokiola estrategia politikoaren aldaketa bati, eta beste zentro batzuetan gertatzen dena baino ez dela egin, haietan ere osasunekoak ez diren zerbitzuak esternalizatuta baitaude. Nolanahi ere, agerikoa dirudi ospitale berri bat finantzaketa publikoarekin eraikitzea berri ona dela EAEko osasun publikoarentzat. Hala eta guztiz ere, egia da zaila gertatzen dela ulertzea garbiketa- edo sukalde-zerbitzuak, besteak beste, esternalizatu izana, aukera hori era argian justifikatzen duen ebaluaziorik (arlo ekonomikoko zein osasunaren gaineko inpaktuaren inguruko arrazoiengatik) erakutsi gabe. Are gehiago erabaki hori konfrontaziorako elementu garrantzitsu bat denean, bai sindikatuekin, bai osasun publikoa defendatzen duten antolakundeekin.

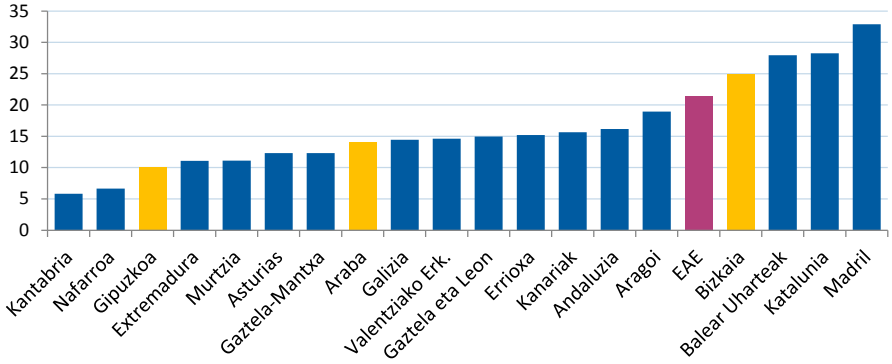
19. Aseguru pribatuak dituzten pertsonen ehunekorik han¬diena Bizkaiko Herrialde Historikoan dago, eta Gipuzkoan xedatzen da enpresa edo erakunde pribatuetarako diru publiko gehiena.

Osasunaren pribatizazioaren egoera desberdina izan zen lurralde historiko bakoitzean, aseguramenduaren eta zerbitzu-horniduraren aldetik. Hala, aseguramenduaren pribatizazioari dagokionez, osasun-aseguru pribatua zuten pertsonak % 20 inguru ziren EAEn. Alabaina, ehuneko horrek alde nabarmenak izan zituen lurralde historiko batetik bestera. Hala, aseguramendu bikoitzak Bizkaian izan zuen proportziorik handiena, % 25 ingurukoa; eta txikiena, Gipuzkoan, pertsonen % 10ek baino ez baitzuen osasun-aseguru pribatu bat. Araba tartean kokatu zen, aseguramendu bikoitza % 14 ingurukoa izanik (19.1. irudia).



19.1. Irudia. Osasun-aseguru pribatua zuten pertsonen ehunekoa, lurralde historikoaren arabera. EAE, 2015
Iturria: geuk egina, Eustaten oinarrituta

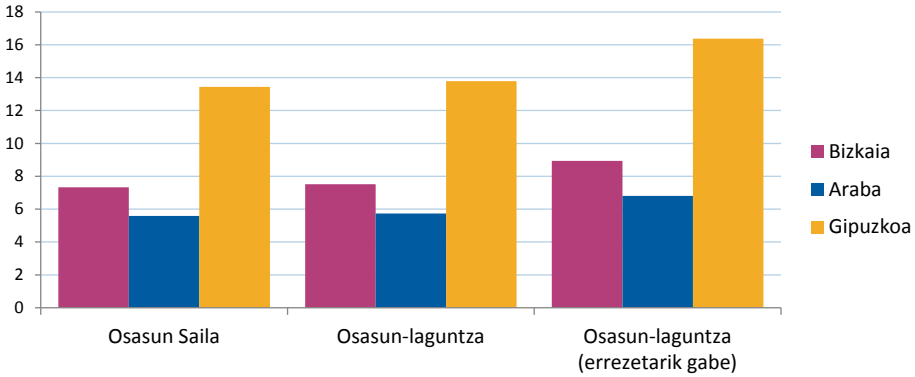
Hala, bada, beste autonomia-erkidego batzuekin alderatuta, Bizkaia da aseguramenduaren pribatizazio handiena duten lurraldetako bat, EAE pribatizazio handieneko taldera eramanik; Araba tarteko postuen behealdean dago kokaturik, eta Gipuzkoa, berriz, osasun-aseguramendu pribatu gutxien duten eskualdeen artean (19.2. irudia).



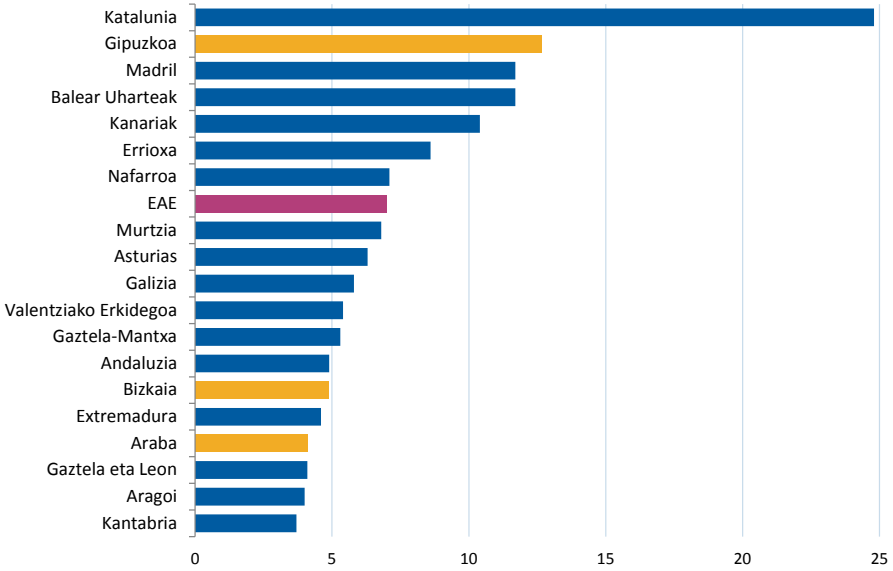
19.2. Irudia. Osasun-aseguru pribatua zuten pertsonen ehunekoa autonomia-erkidegoetan, eta lurralde historikoaren arabera (zenbait iturri). EAE, 2015
Iturria: geuk egina, Eustaten eta UNESPAn oinarrituta

Osasun-arloko zerbitzu-hornituraren pribatizazioari dagokionez, irudia kontrakoa da. Lehen aditzera eman dugunez, zerbitzu-hornidura pribatuak gastu publiko osoan hartzen duen ehunekoa desberdina izan zen hiru lurralde historikoetako bakoitzean. Hala, Gipuzkoak gastuaren ehuneko handiagoa izan zuen, osasun-laguntzan eginiko –errezetak kendutako– gastu osoaren % 16,4 izanik zerbitzu-hornidura pribatua. Aitzitik, Arabak izan zuen proportziorik txikiena, % 6,8koa, hain zuzen. Bizkaia tarteko postuan egon zen, baina Arabatik hurbilago, % 8,9 izan baitzen hango ehunekoa (19.3. irudia).

Enpresa eta erakunde pribatuekin itundutako osasun publikoan, bateko eta besteko ehunekoen artean dauden alde horiek direla eta, Gipuzkoa osasun-arloko zerbitzu-hornituraren pribatizazio handieneko eskualdeen artean kokatzen da, eta Bizkaia eta Araba, ehuneko txikienekoen artean (19.4. irudia).



19.3. Irudia. Finantzaketa publikoko zerbitzu-hornidura pribatuaren ehunekoa, zenbait gastu publikori dagokionez, lurralde historikoaren arabera. 2014
Iturria: geuk egina, Osasun Sailaren eta Eusko Legebiltzarraren datuak oinarri hartuta



19.4. Irudia. Osasun-aurrekontu publikotik osasun-itunetarako esleituriko ehunekoa, autonomia-erkidegoaren arabera, eta lurralde historikoaren araberako zenbatespena. 2014.
Iturria: geuk egina, Osasun Sailaren eta Osasun eta Gizarte Politika Ministerioaren datuak oinarri hartuta

20. Gaur egun, EAEn osasun-arloko hezkuntza eta ikerkuntza gero eta gehiago pribatizatzeko arrisku larria dago.

Osasuneko unibertsitate-prestakuntza gehiena publikoa den arren, badira pribatizazio-arrisku handiak; gainera, gora egiten du profesional sanitarioek enpresa pribatuen bidez egiten duten etengabeko prestakuntzak. EAEko ikerkuntzak gehienbat finantzaketa publikoa jasotzen du, baina lankidetza publiko-pribatuak ugaritzeko borondatea dago, finantzaketa pribatua handitzeko.

EAEko unibertsitate-prestakuntzari dagokionez, gehienbat publikoa da. Alabaina, unibertsitate-prestakuntzan badaude zenbait enpresa pribatu, nahiz eta, parte-hartze horretan, haien prestakuntza-jarduera hainbeste nabarmentzen ez den, baizik eta ikasleek enpresa pribatuei egiten dieten ekarpena. Horren adibide da bi enpresa pribaturen –Igualatorio Médico Quirúrgico (IMQ) delakoaren eta Athletic Clubaren– eta Euskal Herriko Unibertsitatearen (UPV/EHU) arteko hitzarmena. Hala, 98/99 denboralditik, IMQk osasun-estaldura bermatzen die aipatutako entitateko kirol-taldeei, eta ikusleentzako osasun-laguntza ematen du San Mamesen jokatzen diren partidetan. Osasun-laguntza hori bada posible IMQk UPV/EHU Medikuntza eta Odontologia Fakultatearekin eta Erizaintza Eskolarekin ezarritako lankidetzari esker, tutoretzapeko borondatezko praktiken bidez[10]. Horren guztiaren ondorioz, unibertsitate publikoak bere ikasleak jartzen ditu aseguru-enpresa pribatu baten babesletzan parte har dezaten eta San Mamesen osasun-laguntzako zerbitzuak eman ditzaten. Halaber, IMQk kudeaturikoen moduko hainbat zentro pribatutan ere egiten dituzte osasun-laguntzako praktikak unibertsitate publikoko ikasleek.

[10]http://sanidadprivada.publicacionmedica.com/noticia/imq-forma-a-100-alumnos-de-la-universidad-del-pais-vasco-sobre-pautas-para-la-asistencia

Era berean, baliteke EAEko osasun-irakaskuntzara unibertsitate pribatu bat gehitzea, Deustuko Unibertsitatea, hain zuzen. Unibertsitate horren 2015-2018ko plan estrategikoaren barruan, osasun-zientzien fakultate baten proiektua dute, Bilboko campusean. Fakultate horretan, besteak beste, medikuntzako, erizaintzako eta fisioterapiako graduak emango lirateke, eta haren justifikazioa da hurrengo urteetan osasun publikoko belaunaldi-ordezkapena estaltzeko beharra. Aliantza-sare bat sortze aldera, unibertsitatea harremanetan jarri da Bilboko Udalarekin, Eusko Jaurlaritzarekin, Bizkaiko Medikuen Elkargoarekin zein IMQrekin, eta nabarmendu du ospitale publikoak erabiltzeko aukera izateko beharra, haietan graduetako praktikak egiteko, hitzarmen batzuen bidez[11]. Deigarria da, belaunaldi-ordezkapenari aurre egiteko, UPV/EHUra sartzeko ikaspostu-kopurua handitu ez izana.

Belaunaldi-ordezkapenari heltzeko beharrak, orobat, hitzarmen publiko-pribatu bat justifikatu du, Osasun Kudeaketako Masterra egiteko, Deustuko Unibertsitateko Negozio Eskolaren titulu propio bat. Hala, 2015ean, Osasun Sailak, Osakidetzak, Osasun Berrikuntza eta Ikerketaren Euskal Fundazioak (BIOEF) eta Deustuko Unibertsitateak hitzarmen bat izenpetu zuten, Osasun Sailak 60.000 euro ordain zitzan, “masterraren bigarren edizioa garatzeko eta martxan jartzeko; hala, izena eman dutenen matrikulak gehienez ere % 50ean finantzatuko ditu” (43/2015 Ebazpeneko IV. eranskina, 2015). Edizio horretan, sei hilabeteko praktikaldia sartzen zen, Osasun Saileko eta Osakidetzako zenbait egitura nagusitan egitekoak . Hau da, Osasun Sailak negozio-eskola pribatu bat finantzatzen du, osasun-kudeaketako master bat emateko, ikasleen matrikulen zati bat finantzatuz eta prestakuntza horretarako instalazioak eta profesionalak jarriz.

Etengabeko osasun-prestakuntzaren (EOP) hornidurari dagokionez, estatuan, industriak prestakuntza horren zati handi bat finantzatzen du (% 90). EAEn, prestakuntza kreditatuak hornitzaileen gutxi gorabeherako analisi edo monitorizazio bat egitea ahalbidetzen digu, era gutxi-asko sistematikoan erregistraturik geratzen baita. Lanbide Sanitarioen Etengabeko Prestakuntzako Batzordeak eta autonomia-erkidegoetan dituen

[11]http://www.diariovasco.com/sociedad/201607/16/deusto-quiere-abrir-facultad-201607-16001109-v.html

[12]http://www.irekia.euskadi.eus/es/news/18792-consejero-salud-abre-nuevo-master-gestion-sanitaria-impulsado-por-departamento-deusto

berariazko organoek –beren eskumenen esparruan[13]– onarturiko prestakuntza da etengabeko prestakuntza kreditatua, hain zuzen; EAEn organo hori Lanbide Sanitarioen Etengabeko Prestakuntzako Euskal Kontseilua da. Kreditazioa eska dezakete profesional sanitarioei zuzendutako etengabeko osasun-prestakuntzako jarduerez hornitzen duten entitate hornitzaileek, nortasun juridiko propioa eta prestakuntza-arloko gaitasuna eta esperientzia frogagarria (5 urte gutxienez) izanez gero, EAEn egin eta antolatutako jardueretarako[14].

Kreditazio-eskaeran entitate prestakuntza-hornitzaileek beren prestakuntza-eskaintzari buruzko datuak ematen dituzten arren, datu horiek ez daude jendaurrean eskuragarri. Alabaina, EAEko kontseilu kreditatzailearen bidez, eskura dugu kreditaturiko jardueren kopurua, hornitzaile-motaren arabera, azken hamarkadarako, 2008., 2009. eta 2010. urteetarako izan ezik, ez baitzen eman haiei buruzko informazioa. Osakidetza izan arren etengabeko prestakuntza kreditatuaren hornitzaile nagusia EAEn, prestakuntza-jarduera kreditatu pribatuak gehitu egin dira, joan den hamarkadako erdialdetik aurrera batik bat. Beste entitate hornitzaile nagusi batzuk dira profesionalen elkargoak, elkarte zientifikoak, eta sektore pribatua.

EAEko osasun-arloko I+G+b-n eginiko inbertsioari dagokionez, % 71 Osasun Sailari dagokio. Sektore pribatuari dagokion finantzaketa-ehunekoa Estatuko Administrazio Orokorraren ekarpenaren atzetik geratzen da, eta jaitsi egin zen 2009tik (% 6,9) 2013ra (% 4,7) bitartean.

2020rako Osasun-arloko Ikerketa eta Berrikuntzarako Estrategia berrian, mehatxutzat jotzen da sektore pribatutik bildutako baliabideen jaitsiera, eta horrek esplikatzen du helburu estrategikoetako bat izatea I+G+b-ko jardueretarako finantzaketa pribatuaren bolumena handitzea. Horretarako, saiakuntza kliniko gehiago lortzeko lan egin dadila proposatzen du, biztanleriaren eta/edo BPGd-aren araberako ehuneko proportzional bateraino, eta, beharrezkoa denean, saiakuntza klinikoak errazteko edo haien kopurua handitzeko plataforma edo azpiegitura batzuk ezartzea (Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila, 2016). Zuzeneko lotura du horrekin EAEk BEST

[13]http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/formacionContinuada/acreditacion.htm

[14]http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-ekinad01/es/contenidos/informacion/formacion_continua/es_1265/for04_c.html

proiektuan parte hartzeak: estatu-mailako ekimen bat da, Farmaindustriak sustaturikoa, medikamentuen ikerketa klinikoaren arloko bikaintasun-plataforma bat sortu nahi duena Espainiako Estatuan. Aipatzen ari garen estrategiaren beste helburu bat da enpresekiko eta eragile zientifiko-teknologikoekiko lankidetza areagotzea, osasun-sistema erreferentziako bazkide bihur dadin. Hori lortzeko ekimen nagusietako bat da Innosasun programa osoki hedatzea (Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila, 2016), lankidetza publiko-pribatua sustatzekoa. Programa horretan, Osakidetzako, ikerkuntza sanitarioko institutuetako (ISI), BIOEFeko, Osasun Saileko, Kronikguneko eta espazio soziosanitarioko hainbat profesionalek osaturiko sare bat enpresei eta beste erakunde batzuei aholku ematen aritzen da, eremu sanitario eta soziosanitarioarekin zerikusia duten proiektuak planteatu, diseinatu, gauzatu eta/edo baliozkotzeko, eta, hala badagokio, batera garatzeko[15].

[15] Eusko Jaurlaritza. PCTI Euskadi 2020. Instrumentos de policy mix («ZTBP Euskadi 2020. Policy mix-eko tresnak»). Hemen eskuragarri: http://www.irekia.euskadi.eus/uploads/attachments/5539/instrumentos_pcti_euskadi_2020.pdf

GOMENDIOAK









1. Gobernuaren maila orokorrean jardutea, ez bakarrik osasuneko edo osasun-arloko erakundeen mailan, herritarren osasuna hobetzeko eta osasun-arloko desparekotasun sozialak murrizteko. Helburu hori lortzeko, medicusmundiren ikuspuntutik, EAEn bultzatu beharreko jarduerak hurrengoak lortzera bideratu behar dira:

► **Administrazio-maila guztietan kalitate demokratikoko gutxieneko maila batzuk bete daitezen bermatzea, honako hauek aurrera eramanez:**

- Gardentasuna bermatzeko eta iruzurra eta ustelkeria prebenitu eta atzemateko moduko sistemak.
- Jardunbide egokiak eta etika profesionala sustatzeko, monitorizatzeko eta hedatzeko sistemak, interes-gatazkak aintzat hartuz.
- Administraziotik kanpoko beste erakunde batzuekin (gobernuz kanpoko sektorea eta sektore pribatua) harremanetan egoteko eta haiek ere parte hartzeko bideak, bai eta gizarte zibilak eta herritarrek ere parte hartzeko, arazoak definitzean eta erabakiak hartzean.

► **Osasunaren ikuspegia sartzea politika guztietan administrazio-maila guztietan,** honela:

- Gobernu horizontaleko jardun baterako tresnak eta gaitasunak sortuz, gobernu horretan sektore guztiak batera inplikatzeko, bai eta administrazio-maila guztiak eren.
- Osasunekoak ez diren politikek osasunean eta osasun-arloko ekitatean izan dezaketen inpaktua ebaluatuz, eskura dagoen ezagutza zientifikorik onenean eta herritarren parte-hartzean oinarriturik.
- Osasunari eta osasun-arloko ekitateari loturiko helburuak sartuz osasunekoak ez diren politiketan.

► **Informazio eta zaintzako sistemetan era automatikoan sartzea osasunaren determinatzaile sozialen berri ematen duten eta osasun-arloko ekitatea monitorizatzea ahalbidetzen duten aldagaiak.**

2. Osasun-gobernuaren mailan jardutea osasun-arloko desparekotasun sozialak murrizten laguntzeko. Eremu horretan, proposatzen diren esku-hartzeen helburuak, funtsean, honako hauek dira:

► **Osasun publikoko zerbitzuen rola sendotzea, betetzen duten funtzio bikoitzean, alegia, osasun-laguntzako eta plangintzako zerbitzuen arteko giltzadura-funtzioan eta gobernuko beste sektore batzuekin koordinatzeko funtzioan.**

► **EAEn osasunerako eskubidea erabiltzeko aukeraren behatoki bat sortzea, hauek monitorizatzeko:**

- Osasuna, haren determinatzaileak, eta osasun-arloko desparekotasun sozialak.
- Osasun-sistema publikoaren kalitatea eta prestazio eta zerbitzuak erabiltzeko aukera-desparekotasunak, desparekotasun-ardatz nagusien arabera.
- Osasunaren finantzaketaren nahiz osasun-arloko zerbitzu-horniduraren pribatizazio-maila.

► **Gardentasun handiago baterantz aurrera egitea osasun-politikarekin zerikusia duten datu guztietan, bereziki:**

- Osasunaren finantzaketaren informazio-sistema guztiak hobetzea, datuen kalitatea eta kantitatea gehituz nahiz haien maiztasuna areagotuz.
- Osasun-zerbitzuen zein osasunekoak ez diren zerbitzuen kontratazio-prozesuekin zerikusia duten datuak eskuragarri jartzea.
- Ardura bereziak dituzten profesional guztien (zerbitzuburutzak, aholkularitzak, etab.) interes-gatazkak saihesteko neurriak aplikatzea.
- Industria farmazeutiko eta teknologikoarekiko harremanak argitzea.

► **Kontu emateko konpromiso bat ezartzea, jarduerari eta gastuei buruzko adierazleak gehituz eta haien eskuragarritasuna areagotuz.**

► **Herritarren parte-hartzerako konpromiso bat ezartzea:**

- Osasun-sistemaren egitura guztietan parte-hartze komunitarioko mekanismoak sendotuz.
- Osasunaren erabiltzaileen elkarteek zein osasun publikoa defendatzen duten antolakundeek parte har dezaten bermatuz, osasun-kontseiluetan, etika-batzordeetan eta, oro har, osasunaren kudeaketari loturiko organoetan.

3. Desparekotasun sozialak murriztea osasun-arloan eta osasun-sistema erabiltzeko aukeraren arloan. Eremu horretan, agintariek rol aktiboa jokatu behar dute, honako hauek lortzen laguntzeko programak eta jarduera-ildoak bultzatuz:

► **Lehen mailako arreta, prebentzioa eta osasun-informazioa sendotzea, osasuna eskuratzeko aukeran desparekotasunak murrizteko estrategia gisa.**

► **Sentsibilizazioan aurrera egitea, bai eta ebidentzian oinarrituriko osasun-praktiken ezarpenean ere, osasun-arloan generoaren araberako desparekotasunak sortzea saihesteko.** Horretarako behar da:

- Osasun-arazoak eta haien arriskuak birformulatu, emakumeek eta gizonek ezaugarritzat dituzten aldagai biologikoen arabera, eta ez bakarrik gizonen ikuspuntutik. Horretarako, genero-isuriak murriztu behar dira diagnostikoetan zein ahalegin terapeutikoan, besteak beste, gaixotasun kardiobaskularretan edo BAGKan (buxadurazko arnas gaixotasun kronikoa), eta bereziki, hirugarren mailako asistentzia-arretan eta ebakuntza kirurgikoetan.
- Emakumeen eta gizonen arteko desberdintasun horiek, osasunari dagokionez, kontuan hartzen dituen ikerkuntza zientifikoa sustatu. Horretarako, saiakuntza klinikoetan ikuspegi hori sartu behar da, eta informazio-sistemetan sexuaren arabera banakatutako aldagaiak bildu, bai eta generoaren inguruko gaiak islatzea ahalbidetzen duten alderdiak ere.
- Bizi-prozesuak edo ugalketari loturiko prozesuak, emakumeen berezkoak, patologizatzea eta medikalizatzea prebenitu.

► **Euskadin 16/2012 Errege Lege Dekretua indargabetzeko eskatzea, eta indarrean den bitartean, pertsona guztientzat osasun-laguntza bermatzeko mekanismoak ezartzea.**

► **Osasun-txartel indibiduala (OTI) emateko erroldatze-epe bat eskatzeak duen inpaktua ebaluatzea, eta neurriak ezartzea osasun-sistema erabiltzeko administrazio-oztopoak murrizteko.**

► **Berariazko esku-hartzeak ezartzea, gizarte-egoera ahuleneko kolektiboek osasun-sistema erabiltzeko aukera izan dezaten sustatzeko.**

► **Osasun-sistemaren ekitateri buruzko ikuskapenak egin daitezen era sistematikoan ezartzea, sistema erabiltzeko aukeretan egon daitezkeen desparekotasunak eta haien determinatzaileak identifikatzeko eta halakoak murrizteko esku-hartzeak ezartzeko.**

4. Osasunaren pribatizazioa murriztea eta erabat kentzera jotzea. Medicusmundik osasun publiko eta unibertsal baten alde egiten du, eta norabide horretan lan egiteko proposatzen du, honako politika hauek aplikatuz:

► **Osasun-gastu publikoa gehitzea, maila sozioekonomiko eta garapen bereko herrialdeetan egiten dena berdindu arte.**

► **Familiek edo enpresek osasun-aseguru pribatuak kontratatzeagatik kenkari eta onura fiskalik ez egotea bermatzea.**

► **EAEko herritarrek osasun-sistema publikoarekin duten gogobetetze-mailari eustea.**

► **Osasun-sistemaren zatiketa murriztea, MUFACEk, MUGEJUk, ISFASek, Gizarte Segurantzaren enpresa laguntzaileek eta beste sistema zatikatu batzuek ematen dituzten osasun-zerbitzuak sistema publikoan integratzea bultzatuz.**

► **Osasun-zerbitzuen estaldura-maila hobetzea, oraingoen estaldurari eutsiz, estalirik ez dauden zerbitzu batzuk sartzea ebaluatuz, eta zati batean estaltzen direnak hobetuz.** Azken bi puntu horiek, honetarako:

- Osasun-gastu pribatuaren pisua ez igotzeko, osasun-gastu osoaren barruan.
- Aseguramendu bikoitza duen pertsona-kopurua ez handitzeko.
- Finantzaketa publikoa duten kontsulten ehunekoa ez gutxitzeko, eta haien patroi sozioekonomikoa ez igotzeko.

► **Osasun-itunak eta osasunekoak ez diren zerbitzuen esternalizazioak oro har ebaluatzea, ekonomiaren aldetik nahiz osasunaren eta ekitatearen gaineko inpaktuaren aldetik, prozesu horietan hainbat gizarte-eragilek parte hartzea onartuz.**

► **Nola kopuru absolutuetan (finantzaketaren kopurua), hala erlatiboetan (aurrekontu osoaren zatia) murriztea itun eta esternalizazioetan egiten den gastua.**

► **Austeritate-neurrien inpaktu larria saihestea eta une oro bermatzea sektoreko langileen enplegu- eta lan-baldintzak, sistema publikoko profesional sanitarioen artean aldibaterakotasun-tasa zein partzialtasun-tasa murriztuz.**

► **Azterketa bat egitea osasun-sistema publikoko profesionalek beren jarduera aldi berean osasun pribatuan gauzatzeari buruz, horrek osasun-sistema publikoan eta populazioaren osasunean duen inpaktua ebaluatuz, bai eta arauketaren aldetik dauden aukerek izan ditzaketen ondorioak ere.**

Osasun-arloko ikerkuntza eta prestakuntzari dagokienez, medicus-mundik hauek aldezten ditu:

► **Osasun-zientzietako graduko eta graduondoko prestakuntzan sistema publikoak egun duen pisuari eustea, eta UPV/EHUrekin lankidetzan aritzea euskal osasun-sistemaren nahiz haren profil sozial eta epidemiologikoaren egungo eta etorkizuneko errealitatera egokitzeko.**

► **Osasun-zentro publikoetako prestakuntza sektore publikoko ikasleentzat zuzenduta eta lehenetsita egon dadin bultzatzea. Azterketa bat egitea osasun pribatuan jarduerak dituzten osasun-sistema publikoko profesionalen aldibereko jarduerari buruz, horrek osasun-sistema publikoan eta populazioaren osasunean duen inpaktua ebaluatuz.**

ERANSKIN METODOLOGIKOA

Azterlana diseinu misto batean oinarritu da, metodologia kuantitatiboa zein kualitatiboa baliaturik. Hona hemen bakoitzaren deskribapena:

Metodologia kuantitatiboa

Metodologia-mota honetan, (a) osasun-arloko desparekotasunen, (b) osasun-sistema erabiltzeko desparekotasunen, (c) osasun-sistemaren balioztapenaren eta (d) osasunaren pribatizazio-prozesuen azterketa egin zen bigarren mailako datu-iturriak zuzenean ustiatuz eta aurretik argitaraturiko datuak erabiliz, testuan zehar aditzera ematen den bezala.

Erabilitako informazio-iturriei, diseinuari eta eginiko azterketa-motei dagokienez, hona hemen halakoen deskribapena:

(a) Osasun-arloko desparekotasun sozialen azterketa: argitaraturiko azterlanak kenduta (txostenean zehar haien erreferentzia behar bezala egin dela, hala nola Esnaola et al., 2014; Martín eta Esnaola, 2014), ikerlan honetarako egin den datu-ustiapena zeharkako diseinu batean oinarritu zen, EAEko bizi den populazioari buruzko datuekin, Euskal Autonomia Erkidegoko 2013ko Osasun Inkestak (EAEOI) emandako informazioaren arabera. EAEOI aldizkako inkesta bat da, osasun-zerbitzuen erabilerari buruzko datuak ematen dituena, eta 12.995 pertsonako lagin adierazgarri bat du. Azterturiko populazioa bi adin-taldetan estratifikatu zen (16 urte artekoak eta 16 urtetik gorakoak), helduen eta haurren populazioetan gertatzen diren desparekotasunak berariaz aztertzeko.

(b) Osasun-sistema erabiltzeko desparekotasunen azterketa: argitaraturiko azterlanak kenduta (txostenean zehar haien erreferentzia behar bezala egin dela, hala nola Hurtado et al. 2015; Esnaola et al. 2015), zeharkako diseinu bat egin zen, EAEko bizi den populazioari buruzko datuekin, 2013ko EAEOI inkestak emandako informazioaren arabera (lehen ere deskribatutakoa). Azterlan honetarako, hiru adin-talde erabili ziren: (a) 16 urte eta gehiagokoak; (b) 25 urte eta gehiagokoak, prestakuntza-aldia oraindik bukatu gabeko pertsonen ikasketa-mailaren araberako sailkapenean hutsak saihesteko; (c) 16 eta 50 urte artekoak, etorkinak adin-tarte horretan egonik batik bat.

(c) Osasun-sistemaren balioztapena: denborazko joeraren zeharkako azterketa bat egin zen, 2002ko, 2007ko eta 2013ko EAEOI inkestak emandako datuen arabera (lehen ere deskribatutakoa), 59. Euskal Soziometroaren emaitzen nahiz Eusko Jaurlaritzako Prospekzio Soziologikoen Kabinetearen 8. Ikuskerak txostenaren (1998-2014 urteak) emaitzen arabera.

(d) Osasunaren pribatizazio-prozesuak: hainbat iturritako informazioa aztertu zen: alde batetik, osasun-gastu publikoa zein pribatua ebaluatzeko, Eustaten Osasunaren Kontuaren datuak erabili ziren EAErako; eta Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioaren Espainiako Osasun Sistemaren Kontu Ekonomikoak, estaturako. Informazio hori Eurostatetik eta ELGAtik eskuraturiko informazioarekin osatu zen. Beste aldetik, aseguramendua aztertzeko, beste informazio-iturri batzuk erabili ziren: batetik, Aseguramendu Libreari buruzko Estatistika eta Bizi Baldintzei buruzko inkesta, biak Eustatenak, eta bestetik, hainbat antolakunderen txostenetatik ateratako informazioa. Osasunerako aurrekontuaren, itunen eta esternalizazioen azterketari dagokionez, Osasun Sailetik eskuraturiko informazioa erabili zen, eta hura osatu egin zen zenbait talde politikok Eusko Legebiltzarrean eginiko galdera parlamentarioen bidez lortutako informazioarekin.

Metodologia kualitatiboa

Azterketa kuantitatiboaren osagarri, ikerketa kualitatibo bat egin zen, 30 elkarrizketa erdiegituratutan oinarriturik. Elkarrizketatutako pertsonen profilak hurrengo taulan jaso dira:

Profila	Elkarrizketa-kopurua
Osakidetza/Osasun Saileko zuzendaritza-kargudun instituzionalak (oraingoak edo lehenagokoak) edo teknikariak	10
Lehen mailako arretako eta arreta espezializatuko profesionalak	9
Sindikatu, GKE eta beste elkarte batzuetako kideak	9
Ikertzaileak/unibertsitateko irakasleak	2

10.1. taula. Elkarrizketatutako pertsonen profilak

Elkarrizketetan erabilitako gidoia bideratu zen pertzepzio, sinesmen eta balioak ezagutzera, euskal osasun-sistemaren pribatizazioari buruz zein sistema erabiltzeko aukeren aldetik dauden desparekotasunei buruz. Elkarrizketa gehienak OPIK taldeko (Osasunaren Gizarte Determinatzaile eta Aldaketa Demografikoari buruzko Ikerketa Taldea) bi ikertzailek egin zituzten. Elkarrizketa sakon batzuk izan ziren, batez beste 40 minututik ordu eta erdira bitartean iraun zutenak. Datu-bilketa 2015eko abendutik 2016ko ekainera bitartean egin zen, Bizkaian gehienbat, baina Araban eta Gipuzkoan ere egin ziren elkarrizketak. Elkarrizketa guztiak gaztelaniaz egin ziren. Diseinu kualitatiboaren ikerketa-protokoloak UPV/EHUko Gizakiekin lotutako Ikerketetarako Etika Batzordearen onarpena izan zuen.

Gaien gidoi erdiegituratu bat erabili bazen ere, praktikan elkarrizketak solas natural baten antzekoak izan ziren, non elkarrizketatuek pribatizazioaren inguruan interesatzen zitzaizkien eta/edo kezka sortzen zizkieten gaiak aipatu zituzten. Gero, informazio hori gaikako analisi baten bidez tratatu zen, elkarrizketatuek pribatizazio-prozesuei buruz zituzten pertzepzioak aztertzeko helburuz.

BIBLIOGRAFIA

43/2015 Ebazpena, urriaren 30ekoa, Jaurlaritzaren Idazkaritzako eta Legebiltzarrarekiko Harremanetarako zuzendariarena, Eusko Jaurlaritzak egindako hainbat hitzarmen argitaratzea xedatzen duena, IV. eranskina (2015). Euskal Herriko Agintaritzaren Aldizkariaren 212. zk., 2015eko azaroaren 6koa.

Artazcoz, L. (2002). Género y Salud. Documentación Social, 127, 181-205

Austad, K.E., Avorn, J., Franklin, J.M., Campbell, E.J. & 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.

Austad, K.E., Avorn, J., & Kesselheim, A.S. (2011). Medical students' exposure to and attitudes about the pharmaceutical industry: a systematic review. PLoS Medicine, 8(5), e1001037.

Ayala, L., Calero, J., Díaz de Sarralde, S., Freire, J.M., García, M.A., Gimeno J.A., González, B.,Granado, O., López, J.M., Onrubia, J., Rico, A., Ruiz-Huerta, J., Tiana, A., Trilla, C., & Urbanos, R.M. (2015). 2º Informe sobre la desigualdad en España 2015. Madril: Fundación Alternativas. Hemendik eskuratua: http://www.fundacionalternativas.org/las-publicaciones/informes/2o-informe-sobre-la-desigualdad-en-espana-2015

Baltimore City Health Department. How much variation exists between Baltimore neighborhoods? (2011). Hemendik eskuratua: http://www.baltimore-health.org/neighborhood.html

Blake, R.L., & Early, E.K. (1995). Patients' attitudes about gifts to physicians from pharmaceutical companies. Journal of the American Board of Family Medicine 8(6), 457-64.

Bowman, M.A., & Pearle, D.L. (1988). Changes in drug prescribing patterns related to commercial company funding of continuing medical education. Journal of Continuing Education in the Health Professions 8(1), 13-20.

Calderón, S., & Rabanaque, M.J. (2014). Estudiantes de medicina y marketing farmacéutico. Atención Primaria, 46(3), 156-66.

Calvo, M., & Esnaola, S. (2015). EAEko oinarrizko osasun-eremuetan bizi-itxaropenean dauden desberdintasunak, 2006-2010. Vitoria-Gasteiz: Osasun Saila, Azterlan eta Ikerkuntza Sanitarioko Zerbitzua.

Camprubí, L. (2010). Caracterización e indicadores de la privatización de los sistemas sanitarios: una aproximación al sistema sanitario de Cataluña. Argitaratu gabeko master-tesina. Pompeu Fabra Unibertsitatea/Bartzelonako Unibertsitate Autonomoa, Bartzelona.

Carmona, R., Alcázar, R., Sarría, A., & Regidor, E. (2014). Frecuentación de las consultas de medicina general y especializada por población inmigrante y autóctona: una revisión sistemática. Revista Española de Salud Pública, 88, 135-155.

Chivu, M.C., & Reidpath, D.D. (2010). Social deprivation and exposure to health promotion. A study of the distribution of health promotion resources to schools in England. BMC Public Health 10, 473. Hemendik eskuratua: http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-473

Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2010). Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madril. Hemendik eskuratua: http://web.ua.es/es/iudesp/documentos/publicaciones/comision-para-reducir-lhttps-vuala-ua-es-index-php-as-desigualdades-en-salud-en-espana-2010.pdf

Commission of Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: Osasunaren Mundu Erakundea.

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1993). Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried? Working paper prepared for the King's Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health, Oxfordshire. Londres: King's Fund. Hemendik eskuratua: https://www.kingsfund.org.uk/

Dean. (2015). Private practice is unethical—and doctors should give it up. BMJ, 350, h2299

Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila (2016). Osasun-arloko Ikerketa eta Berrikuntzarako Estrategia, 2020. Vitoria-Gasteiz. Hemendik eskuratua: http://www.osakidetza.euskadi.eus/docs/estrategias_salud_2020_eu.pdf.

Doyal, L., & Pennell, I. (1979). The Political Economy of Health. Londres: Pluto Press.

Dryden, R., Williams, B., McCowan, C., & Themessl-Huber, M. (2012). What do we know about who does and does not attend general health checks? Findings from a narrative scoping review. BMC Public Health, 12, 723. DOI: 10.1186/1471-2458-12-723

ELA (2015). Informe sobre precariedad en Osakidetza. Precariedad y disciplina: cuarto oscuro de Osakidetza. 2015eko azaroa.

Esnaola, S., Martín, U., & Bacigalupe, A. (2014). EAEko herritarren bizi-itxaropenean dauden desberdintasun sozialak. Munta eta 1996-2006 aldaketa. Vitoria-Gasteiz: Osasun Saila. Azterlan eta Ikerkuntza Sanitarioko Zerbitzua.

European Commission – Directorate-General Home Affairs (2013). Study on Corruption in the Healthcare Sector. Hemen eskuragarri: http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-is-new/news/news/docs/20131219_study_on_corruption_in_the_healthcare_sector_en.pdf

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (2015). La privatización sanitaria de las CCAA. 2º informe. Hemendik eskuratua: http://www.actasanitaria.com/wp-content/uploads/2015/04/la-privatizacion-sanitaria-de-las-comunidades-autonomas.pdf.

Freire-Campo, J. (2005). La cobertura poblacional del Sistema Nacional de Salud: Importancia y retos de la universalización y la equidad en el aseguramiento. In: Repullo, J.R., & Oteo, L.A. (2005). Un Nuevo Contrato Social Para Un Sistema Nacional de Salud Sostenible. Bartzelona: Ariel.

García-Altés, A., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., & Pérez, G. (2008). Desigualdades en salud y en la utilización y el desempeño de los servicios sanitarios en las Comunidades Autónomas. Cuadernos Económicos de ICE, (75), 115–128.

García-Subirats, I., Vargas, I., Sanz-Barbero, B., Malmusi, D., Ronda, E., Ballesta, M., & Vázquez, M.L. (2014). Changes in Access to Health Services of the Immigrant and Native-Born Population in Spain in the Context of Economic Crisis. International Journal of Environmental Research and Public Health, 11, 10182-10201. Hemendik eskuratua: http://www.mdpi.com/1660-4601/11/10/10182

Gil-González, D., Carrasco-Portiño, M., Vives-Cases, C., Agudelo-Suárez, A. A., Castejón Bolea, R., & Ronda-Pérez, E. (2015). Is health a right for all? An umbrella review of the barriers to health care access faced by migrants. Ethnicity & Health, 20(5), 523–41. DOI: 10.1080/13557858.2014.946473

Hanlon, P., Walsh, D., & Whyte, B. (2006). Let Glasgow Flourish. Glasgow: Glasgow Centre for Population Health.

Hart, J.T. (1971). The inverse care law. Lancet, 1(7696), 405-412.

Hurtado, J.L., Bacigalupe, A., Calvo, M., Esnaola, S., Mendizabal, N., Portillo, I., Idigoras, I., Millán, E., & Arana-Arri, E. (2015). Social inequalities in a population based colorectal cancer screening programme in the Basque Country. BMC Public Health, 15, 1021.

Hyde, A., Lohan, M., & McDonnell, O. (2004). Sociology for health professionals in Ireland. Dublin: Institute of Public Administration.

Marmot, M. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. Lancet, 370, 1153-63.

Martín, U., & Esnaola, S. (2014). Changes in social inequalities in disability-free life expectancy in Southern Europe: the case of the Basque Country. International Journal of Equity in Health, 13(1), 74.

Martín-Aranda, P., Vázquez, I., & Rodriguez de Cossio, A. (2007). Médicos residentes e industria farmacéutica. Atención Primaria, 39, 510-511

McKeown, T. (1976). The modern rise of population. Londres: Edward Arnold.

Navarro, V. (1986). Crisis, Health and Medicine: a social critique. Londres: Tavistock.

Ordaz, J.A., Murillo, C., & Guerrero, F.M. (2005). Análisis empírico de la demanda de seguros privados de enfermedad en España. Estudios de Economía Aplicada, 23, 161-171. Hemendik eskuratua: http://www.redalyc.org/pdf/301/30123115.pdf

Osasunaren Mundu Erakundea. (2016). Discapacidad y salud. Hemendik eskuratua: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/

Orlowski, J.P., Wateska, L. (1992). The effects of pharmaceutical firm enticements on physician prescribing patterns. Chest 102, 270-3.

Palència, L., Espelt, A., Cornejo-Ovalle, M., & Borrell, C. (2014). Socioeconomic inequalities in the use of dental care services in Europe: what is the role of public coverage? Community Dentistry and Oral Epidemiology, 42(2), 97–105. DOI: 10.1111/cdoe.12056

Puig-Samper, F. (2016). Alta temporalidad en la contratación e intensa rotación laboral en la sanidad pública. Fundación 1º de mayo. Colección informes, 127.

Red de Denuncia y Resistencia al RD 16/2012 (REDER). (2015). Radiografía de la reforma sanitaria. La universalidad de la exclusión. Madril. Hemendik eskuratua: https://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos_Radiografia_de_la_reforma_sanitaria_37bb13b5%232E%23pdf

Redondo-Sendino, A., Guallar-Castillón, P., Banegas, J. R., & Rodríguez-Artalejo, F. (2006). Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. BMC Public Health, 6, 155. DOI: 10.1186/1471-2458-6-155

Rohlfs, I., Borrell, C., Fonseca, MC. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. Gaceta Sanitaria, 14 (3. gehig.):60-71

Ruano, A. (2011). El conflicto de intereses económico de las asociaciones profesionales sanitarias con la industria sanitaria. Informe monográfico SESPAS. Bartzelona. Hemendik eskuratua: http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/Conflicto_de_Intereses.pdf.

Ruiz-Cantero, M.T. (2009). Sesgos de género en la atención sanitaria. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. Hemendik eskuratua: https://www.easp.es/?wpdmact=process&did=ODYuaG90bGluaw==

Ruiz-Cantero, M.T., & Verdú-Delgado, M. (2004). Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. Gaceta Sanitaria, 18 (1. gehig.), 118-125. Hemendik eskuratua: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400019&lng=es&tlng=es

Schröder, S.L., Richter, M., Schröder, J., Frantz, S., & Fink, A. (2016). Socioeconomic inequalities in access to treatment for coronary heart disease: A systematic review. International Journal of Cardiology 219, 70–78. DOI: 10.1016/j.ijcard.2016.05.066

Simó, J. (2015). Aseguramiento sanitario público en España, situación actual y tareas pendientes. Actualización en Medicina de Familia, 9(11), 504–511. Hemendik eskuratua: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1470

Snozzi, P., Blank, P.R., & Szucs, T.D. (2014). Stroke in Switzerland: Social Determinants of Treatment Access and Cost of Illness. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 23 (5), 926-932. DOI: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.07.042

Spielmans, G.I., & Parry, P.I. (2010). From evidence-based medicine to marketing-based medicine: evidence from internal industry documents. Bioethical Inquiry 7(1), 13-29.

Stramba-Badiale, M., Fox, K.M., Priori, S.G., Collins, P., Daly, C., Graham, I., Jonsson, B., Schenk-Gustafsson, K., & Tendera, M. (2006). Cardiovascular diseases in women: a statement from the policy conference of the European Society of Cardiology. European Heart Journal, 27(8), 994–1005. DOI: 10.1093/eurheartj/ehi819

The PLoS Medicine Editors (2009). Ghostwriting: the dirty little secret of medical publishing that just got bigger. PLoS Medicine 6(9), e1000156.

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

Urbanos, R. (2011). Determinantes de salud y utilización de servicios sanitarios: un análisis de desigualdad desde la perspectiva de género. Presupuesto y Gasto Público, (64), 117–130. Hemendik eskuratua: http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/revistas/presu_gasto_publico/64_Urbanos.pdf

Urbanos, R. (2016). La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. Informe SESPAS 2016. Gaceta Sanitaria, 30 (1. gehig.), 25-30. DOI: 10.1016/j.gaceta.2016.01.012

Vainiomäki, M., Helve, O., & Vuorenkoski, L. (2004). A national survey on the effect of pharmaceutical promotion on medical students. Mediccal Teacher, 26(7), 630-4.

Vázquez, M.L., Vargas, I., & Aller, M.B. (2014). Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014. Gaceta Sanitaria, 28 (1. gehig.), 142–146.

Velasco, S. (2009). Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género. Madril: Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Política Social. Hemendik eskuratua: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2009.pdf

Vera-Hernández, A.M. (1999). Duplicate coverage and demand for healthcare. The case of Catalonia. Health Economics, 8, 579-598.

Watt, G. (2002). The inverse care law today. Lancet, 360(9328), 252-254.

Wazana, A. (2000). Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? JAMA 283(3), 373-80.

Whitfield, D. (2001). Private finance initiative and public private partnerships: what future for public services? European Services Strategy Unit. Hemendik eskuratua: http://www.european-services-strategy.org.uk/publications/public-bodies/pfi/pfi-and-ppp/

Osasunerako eskubidearen aurkako mehatxuak Euskadin.
Desparekotasun sozialak eta osasun-sistemaren pribatizazio-prozesuak.