



LA CAPTURA CORPORATIVA DE OSAKIDETZA

LA PROGRESIVA PENETRACIÓN EMPRESARIAL
EN EL SISTEMA PÚBLICO VASCO DE SALUD

ERESKAL HERRERIA E
KAPITALARI
PIANTO!

E U S K A L H E R R I A K

KAPITALARI

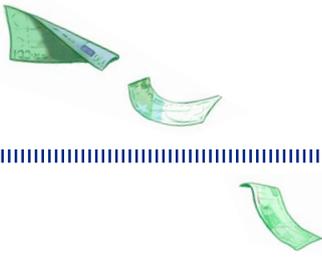
PI. ANTO!

Autoría: Euskal Herriak Kapitalari Planto!
Diseño, maquetación y portada: Iñaki Landa
Fecha de publicación: Marzo de 2025

Licencia: Esta publicación está bajo una licencia Reconocimiento - No comercial – Compartir bajo la misma licencia 3.0 España de Creative Commons. Para ver una copia de esta licencia, visite: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/es>

ÍNDICE

	<u>Introducción</u>	<u>4</u>
1.	<u>CAPTURA CORPORATIVA EN LA CAV</u>	<u>7</u>
	a. <u>Marco de estancamiento en la inversión pública</u>	<u>8</u>
	b. <u>Concertación privada de servicios sociosanitarios</u>	<u>10</u>
	c. <u>Subcontratación privada de servicios generales</u>	<u>14</u>
	d. <u>Empleo público privatizado</u>	<u>16</u>
	e. <u>Seguros privados</u>	<u>17</u>
	f. <u>Puertas giratorias</u>	<u>20</u>
2.	<u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u>	<u>23</u>



INTRODUCCIÓN

La ciudadanía de la CAV es consciente del profundo deterioro de Osakidetza. Según la Encuesta de Salud de 2023, la prevalencia de personas satisfechas con el sistema disminuyó en más de 10 puntos respecto a 2018 –sobre todo entre las mujeres–, mientras desciende en ese mismo porcentaje quienes creen que sus necesidades de atención sanitaria están bien cubiertas¹.

No se trata únicamente de una percepción. Es evidente la constatación de un círculo vicioso de desinversión –especialmente en atención primaria y servicios de salud pública–, listas de espera, precarización y temporalidad laboral, lesión sobre el derecho a la salud, y crecientes asimetrías de clase, raza y género en el acceso al mismo.

Para muestra, un botón: el porcentaje de mujeres de 50 a 69 años (población diana del programa) que se realizaron una mamografía en el programa de cribado de cáncer ha disminuido en 14,9 puntos respecto a 2018 –situándose en el 67,1% del total en 2023–, evidenciándose notables diferencias en función del nivel de estudios y las desigualdades socioeconómicas².

Precisamente un elemento ineludible que completa y engrasa el círculo vicioso comentado es la *captura corporativa de Osakidetza*. Bajo un relato constreñido al envejecimiento social, los crecientes retos globales de salud y la supuesta mayor eficacia de las alianzas público-privadas (APP), los sucesivos ejecutivos de la CAV han ido consolidando y expandiendo la participación activa de empresas privadas en numerosos ámbitos del sistema de salud. Incluso han planteado explícitamente, en ocasiones y cual globo-sonda, la inviabilidad del modelo público y, en consecuencia, la necesidad de avanzar hacia otro fundamentalmente privatizado y corporativizado.

Este fenómeno, que es global –sustentado sobre la posibilidad de negocio que ofrece una necesidad básica que alcanza el 10,4% del PIB en la OCDE–, se asienta por tanto en la CAV sobre bases firmes: jurídicamente, la captura corporativa del sistema público de salud se apuntala en el Estado español a partir de la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud³; económicamente, existe un notable poder corporativo vasco en el ámbito de la salud que, como veremos posteriormente, se despliega por una miríada amplia de ámbitos y sectores; por último, estas empresas cuentan en términos políticos con el favor indisimulado del PNV, PSE y PP, a partir de un entramado que vincula y compromete a instituciones y empresas dentro de lógicas de lobby, APP y puertas giratorias.

1. Gobierno Vasco (2023), [Encuesta de Salud 2023 \(ESCAV 23\)](#), figuras 84 y 85.

2. Gobierno Vasco (2023), [Encuesta de Salud 2023 \(ESCAV 23\)](#), figuras 88 a 91.

3. BOE núm. 100, de 26/04/1997

La captura corporativa, lejos del relato oficial de eficacia y adaptación a los nuevos tiempos es, como ya hemos señalado, parte fundamental del diagnóstico que vincula desinversión, precarización, deterioro sanitario y desigualdades crecientes, debido a que incluye los intereses privados y la lógica de maximización de beneficios como variables clave de la ecuación. La propia OCDE la ha definido como “el proceso por el cual las decisiones políticas responden al interés particular de un individuo, un grupo reducido de personas o una organización privada, en detrimento del interés público, a causa de las acciones intencionadas de esos agentes privados. La consecuencia es una regulación injusta o la ausencia de regulación cuando esta es necesaria para la protección del bien común, que resulta así perjudicado”.

Asistimos de este modo a un choque entre un derecho público y el interés común, por un lado, frente a la maximización de la ganancia y el interés privado, por el otro, como referencias para el sistema público de salud en la CAV. La captura corporativa no abunda, por tanto, en una lógica *win-win* entre lo público y lo privado, sino que muy al contrario se sostiene sobre una flagrante contradicción: derecho humano o negocio privado.

Figura 1: Círculo vicioso de la captura corporativa en deterioro del sistema público de salud

Fuente:
Elaboración propia



El presente informe se centra exclusivamente en analizar, de manera sencilla, gráfica y pedagógica, una primera fotografía general sobre la captura corporativa de la sanidad pública en la CAV. Aspiramos de este modo a avivar la alerta sobre los graves riesgos que su consolidación y/o avance comporta, planteando en consecuencia la necesidad de revertir drásticamente este proceso si queremos realmente sostener la salud como un derecho público.

No hablamos, por tanto, de una radiografía general de Osakidetza –tarea que escapa a las dimensiones de este documento–, sino un aporte específico desde una mirada clave, que complementa y refuerza el debate sobre el sistema público vasco de salud.

En términos metodológicos, hemos primado por encima de cualquier otra consideración la articulación de datos oficiales en aquellos ámbitos que definen la captura corporativa⁴: inversión pública, conciertos sociosanitarios, subcontrataciones de servicios generales, empleos públicos privatizados, seguros privados y puertas giratorias. Ofrecemos así una imagen general e integral del fenómeno en la CAV, que combina figuras, tablas y breves textos.

Por último, y precisamente en lo que se refiere a la información pública al respecto, no podemos sino denunciar la opacidad con la que se ofrecen –u obvian– datos fundamentales, lesionando el alcance de nuestro empeño.

Frente a la necesaria transparencia en un ámbito tan estratégico y relevante, la ciudadanía cuenta con insuficiente información periódica, actualizada, sistematizada, agregada y desagregada por sectores y empresas. Especialmente significativa es la ausencia de datos absolutos en el conjunto de las externalizaciones de servicios generales, por poner solo un ejemplo. Exigimos por tanto a las instituciones pertinentes que informen con transparencia al conjunto de la ciudadanía sobre este y otros aspectos clave del sistema público de salud, dentro de un ejercicio de mínimas garantías democráticas.

4. Los datos que ofrecemos se basan en las Encuestas de Salud, informes del EUSTAT, el diagnóstico realizado ex profeso como insumo al proceso de Pacto de Salud, publicaciones del Departamento de Salud, respuestas oficiales a preguntas parlamentarias, resoluciones de la Autoridad Vasca de la Competencia y del CNMV.

1 CAPTURA CORPORATIVA EN LA CAV

La captura corporativa está definida por una serie de variables que confieren identidad al fenómeno, dentro de las cuales actúan diversos agentes, tanto corporativos como institucionales.

Para nuestro estudio, y siempre en función de los datos oficiales, planteamos la siguiente secuencia de análisis sobre la captura corporativa en la CAV: partimos en primer lugar del *estancamiento en la inversión pública en salud*, marco fundamental que favorece y justifica la presencia de empresas privadas.

En segundo término, evaluamos la penetración naturalizada y creciente de estas tanto en el sector sociosanitario a través de *conciertos*, como a partir de la *subcontratación generalizada de servicios generales* (consultoría, digitalización, limpieza, seguridad, ambulancias, etc.), todo ello bajo el paradigma hegemónico de las APP. Complementamos este análisis con el dato de médicos y médicas que, teniendo un *empleo público*, *nutren también dinámicas privadas*, compatibilizando ambas esferas.

Tercero, ofreceremos la información disponible sobre el avance de *los seguros privados*, auténtica contracara de la desinversión pública y la externalización generalizada. Estas figuras, a su vez, alimentan las dinámicas privatizadoras al naturalizarlas, aligerando además la presión sobre lo público por parte de élites y clases medias, lo que acelera el círculo vicioso de la corporativización del sistema.

Por último, y en cuarto lugar, apuntamos una serie de datos sobre las *puertas giratorias* entre cargos públicos y directivos de empresas privadas de salud, fenómeno que cierra el círculo y engrasa la colusión de intereses de un poder corporativo en la CAV en favor de una sanidad privatizada.

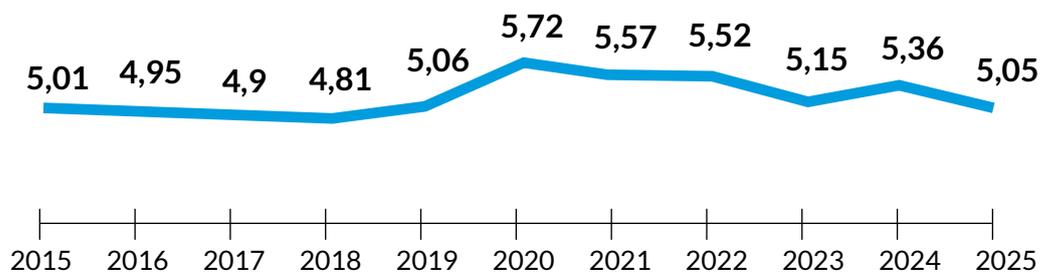
a. Marco de estancamiento en la inversión pública

El Departamento de Salud es, sin duda alguna el de mayor peso dentro del presupuesto de la CAV. Para 2025 se prevén destinar 5.115,9 millones de euros, de los cuales el 80% (4.106) están destinados a Osakidetza.

No obstante, si comparamos la cantidad destinada para el ejercicio presente con el volumen de fondos efectivamente utilizados en 2024, observamos que las cifras suponen un retroceso de 91 millones en el presupuesto general, mientras los fondos disponibles por Osakidetza únicamente crecen en 7 millones, un 0,1% del total. En términos de personal, la subida para 2025 es de 24 millones, lo que supone un 0,9%.

Podemos sin duda alguna hablar de un estancamiento en la inversión, realidad que se evidencia si analizamos la evolución histórica del gasto en salud en función del PIB, siendo el dato de 2025 el más bajo de los últimos 6 años.

Figura 2: Evolución peso presupuestario salud en la CAV sobre PIB (%)

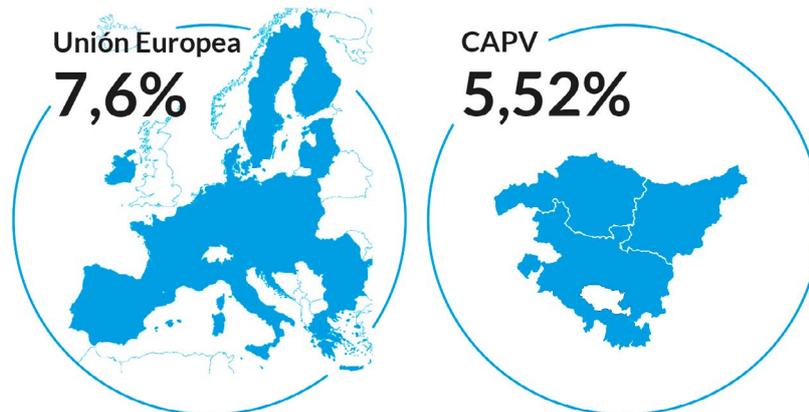


Fuente: ELA (2024)⁵

Si ponemos en perspectiva estos datos respecto a los países europeos, el estancamiento señalado se convierte en la práctica en infrainversión pública. Si comparamos con los últimos datos de Eurostat correspondientes al año 2022, el gasto en salud en la CAV se encontraría entre las últimas posiciones de la Unión Europea. En dicho año se destinó el 5,52% del PIB, mientras que el gasto en salud de la media europea se situó en el 7,6%. Esta diferencia de más de dos puntos supondría un incremento en el presupuesto del 37% (1.893 millones).

5. ELA SINDIKATUA (2024): [“Análisis de los Presupuestos de la CAPV para 2025”](#).

Figura 3: Análisis comparado gasto medio porcentual en salud entre CAV y UE (2022)



Se deberían GASTAR 1.893 MILLONES DE € MÁS
para igualar el gasto en salud con la media de la UE.

Fuente: ELA (2024)

Este evidente estancamiento en la inversión pública en salud contradice por sí solo el relato de transformación de Osakidetza que abandera el actual ejecutivo vasco. En el mejor de los casos, la iniciativa institucional incidiría en una más eficiente gestión del mismo volumen de recursos, cuestión importante pero completamente insuficiente para enfrentar de raíz el diagnóstico que aqueja al sistema de salud en la CAV.

Al contrario, el crecimiento sostenido de la inversión pública –con todo lo que ello conllevaría en términos de una fiscalidad más progresiva– es condición necesaria para toda propuesta real de cambio, así como dique de contención para la estrategia en marcha de externalización y privatización crecientes. Solo de este modo podrán reducirse, por ejemplo, las listas de espera de primera visita para especialista (24.179 personas en 2021 a 69.532 en 2023) o la población en espera quirúrgica (18.357 en 2019 a 24.333 en 2023), fenómenos directamente vinculados al estancamiento de la inversión⁶.

6. IPAR HEGOA (2024): [“Ikusmiran 16, Euskal Herriko langileriaren lan eta bizi baldintzak”](#)

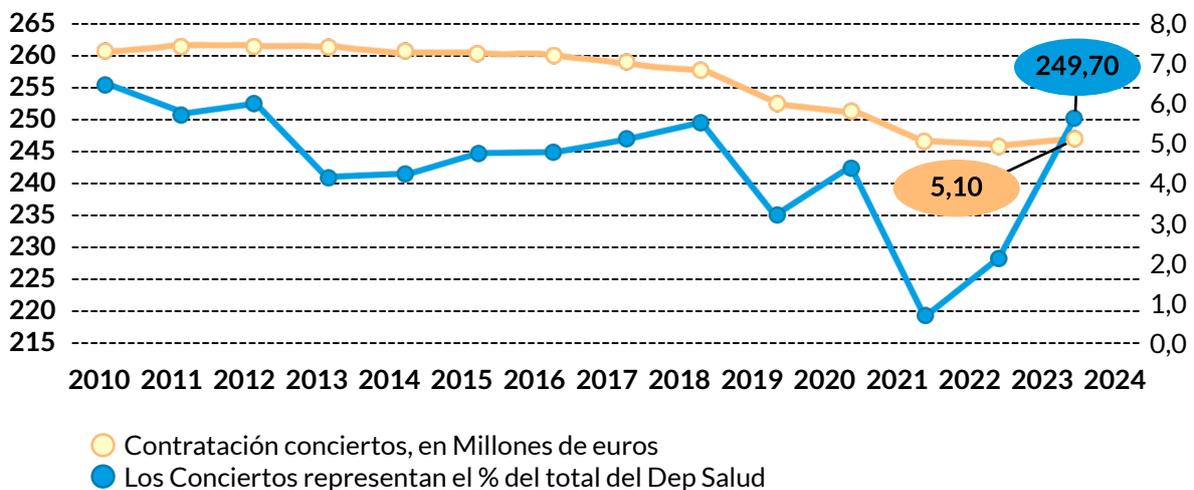
b. Concertación privada de servicios sociosanitarios

Los conciertos sociosanitarios son aquéllos que se establecen con entidades privadas para desarrollar tareas y servicios directamente vinculados al ámbito sociosanitario.

En términos presupuestarios, los últimos datos oficiales⁷ señalan que el volumen total destinado en 2024 a conciertos sanitarios ascendió a 249.695.724 €, lo que supone un 5,10% del gasto total del Departamento de Salud, incrementándose en un 9,1% respecto al año 2023. No obstante, informaciones periodísticas elevan esa cifra a 299,8 millones⁸, suponiendo un aumento del 11,5% respecto al año anterior –y un 6,12% del total del presupuesto–.

A estas cifras habría que sumarle 6,49 millones de euros en conciertos sociosanitarios, lo que significa también un aumento del 47% en este apartado respecto al año anterior.

Figura 4: Concertaciones en el presupuesto de salud



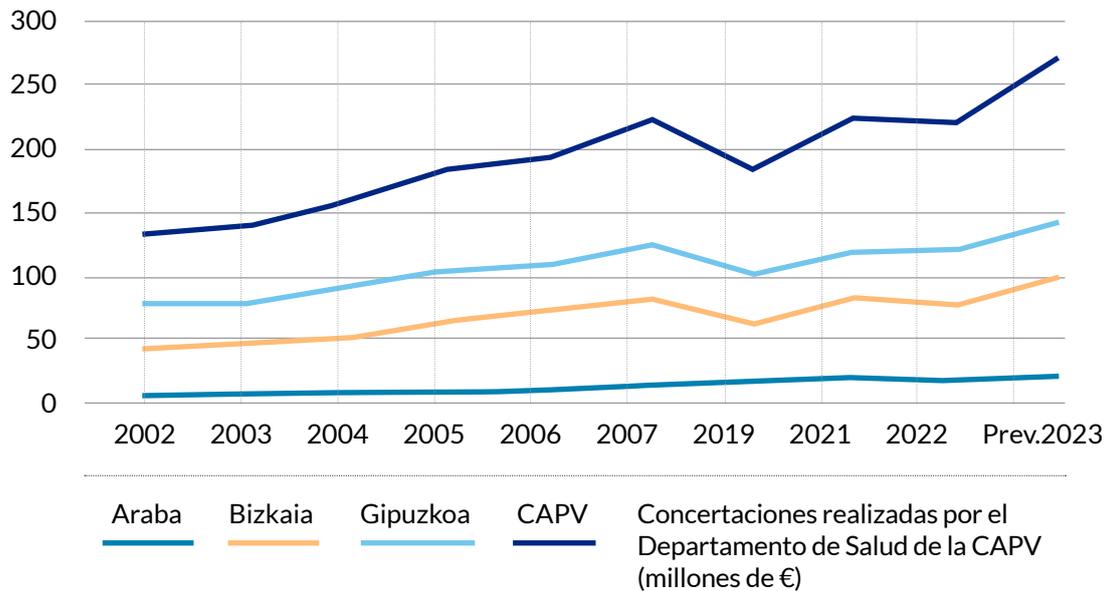
Fuente: Elaboración propia en función de análisis de presupuestos

Por territorios históricos, Gipuzkoa es el territorio en el que más volumen de gasto y más número de conciertos se destinan a tal efecto, seguido por Bizkaia, quedando Araba a una más que notable distancia, según datos de 2022.

7. Datos ofrecidos en el Diagnóstico para el Pacto Vasco por la Salud, difundido entre los miembros de la Mesa el 30/10/2024.

8. Basterra, Terry (2025): “Osakidetza eleva a 300 millones los pagos a la sanidad privada, un 11,5% más”, en El Correo.

Figura 5: Volumen de presupuesto para conciertos por Territorio Histórico



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Departamento de Salud

Los datos ofrecidos, en definitiva, señalan que las concertaciones sociosanitarias suponen un volumen significativo de fondos públicos transferidos a negocios privados que, si bien no superan la medida del Estado español –donde existen comunidades con sistemas de salud mucho más corporativizadas⁹–, sí suponen un drenaje importante de recursos hacia las corporaciones sanitarias. Además, con una tendencia alcista más que evidente en los últimos años.

Esta transferencia de lo público a lo privado, a su vez, se produce en un vasto marco de servicios y sectores, que incluyen algunos de carácter especializado. De este modo salud mental, cardiopatías, enfermedades renales, diálisis, radiología, cardiología y oncología, etc.¹⁰, son ámbitos sensibles que no están estrictamente amparados por el interés general y la defensa del derecho a la salud, sino que también se sujetan a la lógica empresarial de maximización de la ganancia.

9. Por ejemplo, la cantidad de conciertos estrictamente sanitarios alcanzó en 2023 la cifra de conciertos del 6,1% en la CAPV, mientras que la media estatal era del 8,8%.

10. Ver al respecto la serie de artículos periodísticos de Ahoztar Zelaieta publicados en [Hordago-El Salto](#).

Cuadro 1: Keralty, puertas giratorias e internacionalización de la privatización

Keralty es un grupo empresarial sanitario de origen vasco, aunque internacionalizado a diversos países como Colombia, Perú, México, Venezuela, República Dominicana, Puerto Rico, Estados Unidos, Brasil y Filipinas, y en proceso de expandirse en Emiratos Árabes Unidos, Indonesia, Singapur y Ecuador, en alianza con otras firmas.

Según sus propios datos, cuenta con más de 28.000 personas empleadas en 11.700 centros de salud – de los cuales 446 son propios–, y opera el sectores tan diversos como seguros, clínicas, centros médicos, servicio domiciliario, diagnóstico, medicina personalizada, biotecnología, enfermedades mentales, cuidados paliativos, residencias, farmacéuticos, universidad, fundaciones, editoriales y publicaciones digitales.

La Dirección General la ejerce el vasco Joseba Grajales, y cuenta entre su equipo directivo actual a Jon Darpón, Consejero de Salud del Gobierno Vasco entre 2012 y 2019, y que previamente provenía del IMQ. Precisamente las puertas giratorias, esto es, el flujo continuo entre cargos públicos y corporativos, es una de las señas de identidad de Keralty y de su estrategia de expansión. También Jon Azua, actual consejero del holding, estuvo al mando del Departamento de Salud (1985-1987). Y así, como analizaremos en el apartado 2.6, toda una pléyade de viceconsejerías y direcciones vinculadas al PNV que favorecen la colusión de intereses público-privados¹¹.

Ahondar en la privatización, también en Colombia

La internacionalización, por otro lado, sería su segunda seña de identidad. Especialmente significativa es su actuación en Colombia, en el marco del debate sobre una ley de salud en el que el gobierno progresista liderado por Gustavo Petro y Francia Márquez pretendía limitar el peso hegemónico de las aseguradoras (Empresas Promotoras de Salud, EPS) en el sistema mixto y, por ende, en el presupuesto público¹².

Ante ello, Keralty ha desarrollado estrategias de financiación de partidos políticos, según informes del Consejo Nacional Electoral, tratando de evitar la promulgación de la nueva legislación, e incumpliendo la prohibición de donación por parte de entidades extranjeras. Al mismo tiempo, la lógica de puertas giratorias también se ha trasladado al país andino, integrando en su equipo directivo a altos cargos de gobiernos precedentes.

Todo ello, por último, en un contexto en el que Keralty está siendo sancionada por su gestión sanitaria. En este sentido, la Superintendencia Nacional de Salud de Colombia sancionó en enero de 2024 a su EPS Sanitas con una multa de 350 millones de pesos por incumplimientos de las instrucciones gubernamentales dirigidas a la gestión de la vacunación durante la pandemia. Asimismo también está recibiendo multas por prácticas anticompetitivas. En concreto, fue condenada por “acordar negar la prestación de servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), ocultar o falsear información, e impedir la debida transparencia en el mercado de servicios de salud”. Todo ello ha llevado al Gobierno colombiano a solicitar al Tribunal de Cuentas para que investigue al grupo vasco Keralty por incumplimiento financiero.

11. Zelaiaeta, Ahoztar, y Barcenilla, Luis (2022): Keralty, la empresa de altos cargos del PNV que abandera el desmantelamiento de la sanidad pública a nivel internacional, Hordago-El Salto.

12. Zelaiaeta, Ahoztar (2024): El Gobierno de Colombia quiere reducir el peso de la firma vasca Keralty en el sistema público de salud, Hordago-El Salto.

Derivado de esta relevancia cuantitativa y cualitativa de los conciertos sociosanitarios constatamos por último el protagonismo y peso específico que atesora el amplio poder corporativo sanitario en la CAV, conformado por una tupida red de empresas, como podemos ver en la figura siguiente.

Figura 6: Principales empresas en el poder corporativo sanitario en la CAV



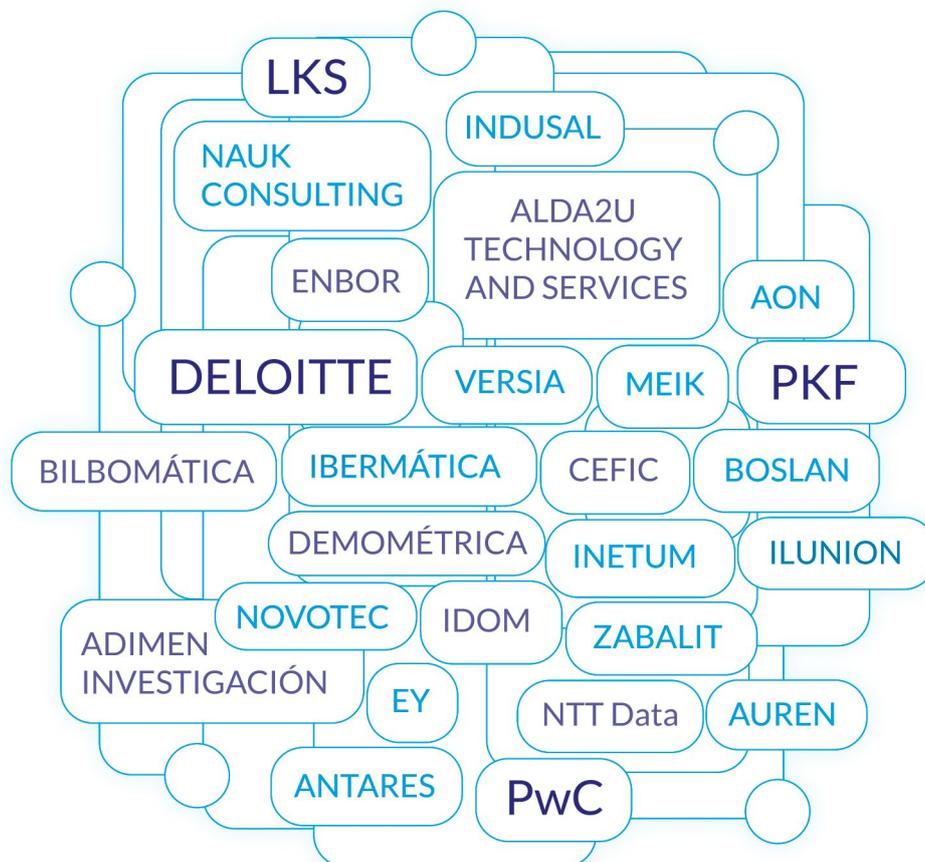
Estas empresas, en definitiva, cuentan con un significativo peso económico y una notable capacidad de incidencia en su favor, en función de un negocio en crecimiento y políticamente avalado, también en ámbitos especializados y sensibles.

c. Subcontratación privada de servicios generales

La externalización de servicios y tareas no se limita al ámbito sociosanitario, sino que se expande también a toda una serie amplia de servicios generales, fortaleciendo el protagonismo de las corporaciones privadas en el sistema de salud de la CAV: limpieza, ambulancias, restauración, seguridad, mantenimiento, electromedicina, lavandería, consultoría, servicios digitales, etc., son algunos de los principales ámbitos de desarrollo de las lógicas de maximización de la ganancia bajo licitación pública.

De este modo, el poder corporativo enquistado en el sistema público de salud se amplía con empresas de todo tipo, cuya estrategia de negocio depende en mayor o menor medida de la consolidación y ampliación de la privatización progresiva de Osakidetza.

Figura 7: Principales subcontratas en servicios generales de Osakidetza



Lamentablemente, como ya hemos señalado en la introducción, las instituciones públicas no publican información agregada, sistematizada y periódica sobre lo que supone en términos presupuestarios el volumen de servicios subcontratados. Esto nos daría una idea mucho más certera del peso cuantitativo real del conjunto de externalizaciones (servicios generales y conciertos sociosanitarios) y, por ende, del grado de privatización existente en el sistema de salud de la CAV.

En todo caso, el volumen de sectores implicados, la amplitud de la red de empresas subcontratadas y el relato hegemónico de las alianzas público-privadas nos dan una perspectiva aproximada de la relevancia de la captura corporativa, también en servicios no estrictamente sociosanitarios.

El modelo público-privado que se impulsa, en términos generales, suele venir acompañado de pérdidas en la calidad de los servicios –el caso de la empresa gestora de ambulancias La Pau es flagrante en este sentido¹³–, abuso de la presencia de empresas privadas en dinámicas de planificación y consultoría, funcionamiento en forma de cártel en el marco de licitaciones¹⁴, apropiación privada de datos y, muy especialmente, conflictos laborales en la búsqueda empresarial de la maximización de sus beneficios.

Cuadro 2: Garbaldi, vínculos institucionales, irregularidades y conflictos laborales en un sector feminizado

Garbaldi S.A. es una empresa constituida en 1989 que opera en el sector de la limpieza. Su principal ámbito de actuación es la CAV, estando sus oficinas centrales ubicadas en el municipio de Trápaga, aunque dispone de delegaciones comerciales en Madrid, Santander, Valencia y Barcelona. Está considerada una empresa de tamaño grande, con un capital social de 90.330€. Su volumen de ventas en 2022 fue 99.587.705 €. lo que la sitúa en el puesto 7 del sector, el 98 en el conjunto de sociedades de Bizkaia y el 2.745 a nivel del Estado. La empresa destaca por el peso que en su modelo de negocio tienen las subcontratas con distintas administraciones públicas, especialmente las vascas.

En este sentido, es la mayor y principal subcontrata de limpieza de Osakidetza. Así, tal y como señaló Ahoztar Zelaieta en Hordago-El Salto¹⁵, entre los años 2019 y 2022, Garbaldi, a su vez contratista del Departamento de Seguridad, ha sido adjudicataria de diversos contratos de limpieza procedentes de Osakidetza por un valor total que supera los 50 millones de euros. Las personas empleadas del servicio de limpieza subcontratado por Osakidetza (en su inmensa mayoría mujeres precarizadas) conforman un colectivo de 2.500 trabajadoras.

13. Andueza, Iker (2024): Los sindicatos de ambulancias acusan a Grup La Pau de “robar” a Osakidetza y de cobrar dos veces los servicios, eldiario.es.

14. Autoridad Vasca de la Competencia (2021): Resolución Consejo Vasco de la Competencia LEA/AVC N° 557-SAN-2021

15. Zelaieta, Ahoztar (2023): La huelga de limpieza en Osakidetza destapa la adjudicación de 50 millones a la empresa de un exlíder del PNV, Hordago-El Salto.

Los vínculos institucionales que rodean esta condición de Garbaldi como subcontratista son importantes. Su principal cabeza visible es Josu Olazaran, exburukide del Euzkadi Buru Batzar del PNV, exapoderado del partido en Juntas Generales de Bizkaia, y exconcejal en el Ayuntamiento de Sestao. Otras empresas de Josu Olazaran, como Premiatsu e Integral de Vigilancia y Control, también son importantes subcontratas de Osakidetza, en este caso en materia de seguridad.

También abundan sospechas de irregularidad en el volumen de concesiones obtenidos por Garbaldi. Varios contratos públicos han estado bajo la lupa del Tribunal Vasco de Cuentas Públicas. En 2011, este ya advirtió irregularidades y señaló que cerca de 14 millones de euros habían experimentado prácticas irregulares, como el “servicio de Limpieza del Hospital Universitario Basurto y Ambulatorio de Txurdinaga”. Pero el reproche más importante del tribunal fiscalizador se había producido un año antes, en el marco de un contrato del “caso Margüello”, una trama por el que fue condenado un ex Director Territorial del Departamento de Sanidad.

Por último, es preciso destacar que el despliegue de estas subcontratas se ha venido produciendo en el marco de un proceso de creciente precarización de las trabajadoras, las cuales, además, han sido reprimidas al tratar de organizarse y plantear conflictos laborales para mejorar sus situación. Así, durante más de 5 años han estado sin convenio, con negociaciones bloqueadas, y sometidas a cargas de la Ertzaintza en distintas ocasiones en las que han llevado a la calle su protesta en el marco de las numerosas huelgas habidas.

En definitiva, y más allá de la idoneidad de la externalización de ciertos sectores específicos, la radiografía de las externalizaciones sanitarias en la CAV ofrece un panorama de peso económico y político creciente del poder corporativo en una gama creciente de ámbitos y servicios.

d. Empleo público privatizado

La lógica de alianza público-privada que ejemplifican los conciertos y las subcontrataciones se asienta sobre otro pilar: los y las médicas con salario público que también trabajan en la sanidad privada.

Se calcula que en la actualidad 1.059 facultativos y facultativas de Osakidetza tienen reconocida la compatibilidad, fenómeno que ha sido fomentado bien mediante la eliminación del incentivo de la exclusividad, bien bajo un marco de nulo seguimiento¹⁶.

Se trataría, en última instancia, de prácticamente un 14% del total. Un número nada desdeñable y muy sintomático de la lógica actual, así como del horizonte al que tanto instituciones como empresas privadas pretenden abocar al sistema público de salud.

16. ELA SINDIKATUA (2024): “La sanidad pública en estado de urgencia”, Estudios n° 54.

En este sentido, los vasos comunicantes entre lo privado y lo público, máxime si tenemos en consideración la importancia de la figura médica, se refuerzan. Se difumina así la que debería ser una estricta línea divisoria entre negocio y derecho humano, se incentiva mediante un salario público asegurado el desarrollo de negocios sanitarios y, finalmente, se abunda en un uso ilegítimo privado de infraestructuras y servicios públicos.

e. Seguros privados

La contracara del estancamiento en la inversión pública y del crecimiento de las externalizaciones es el aumento en el número y volumen de gasto en seguros privados para aquellos y aquellas que se lo pueden permitir.

La cifra de personas que en la CAV cuentan con algún tipo de seguro privado supera, como se señala en la siguiente tabla, las 525.000 personas, a datos de 2023. El gasto total en forma de primas supone para ese mismo año la cantidad de casi 400 millones de euros –cuadruplicándose en 30 años, como se ve en la figura 8–, dentro de una tendencia alcista que se reproduce sobre todo en Bizkaia y Gipuzkoa.

Los seguros colectivos¹⁷, aquellos dirigidos fundamentalmente a empresas, agruparon al 61,3% de las personas con seguro de salud, seguido de los individuales y familiares (33,9%) y de las mutualidades públicas de del Estado (4,8%). En comparación con 2021, los seguros colectivos fueron los que más ganaron en personas aseguradas (+5,2%), seguidos de los individuales o familiares (+4%). Por el contrario, el número de mutualistas públicos descendió (-8%).

17. No incidimos en este documento en el papel de las mutuas privadas, por falta de información al respecto. En todo caso, ponemos en cuestión su labor de privatización de servicios públicos, como por ejemplo la creciente confusión entre estas y la atención primaria en la gestión de las bajas médicas.

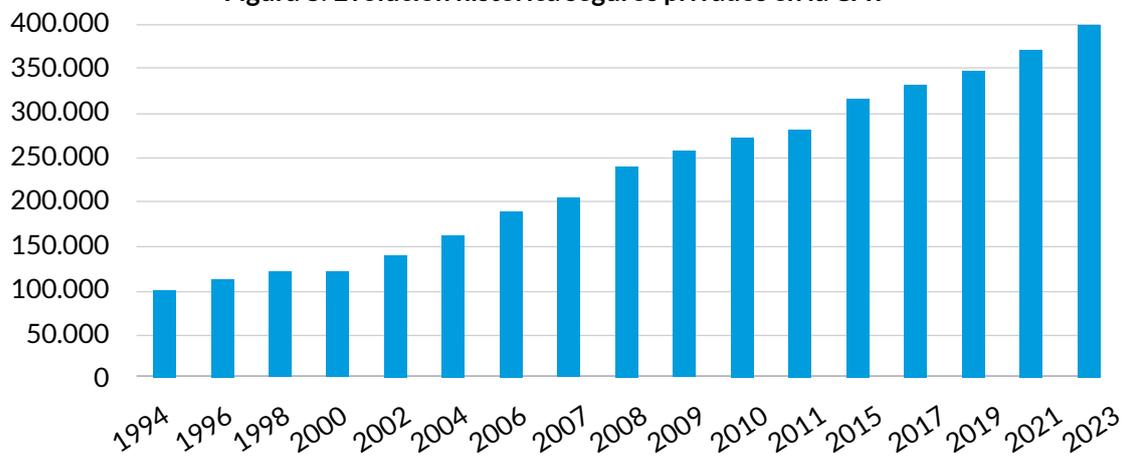
Tabla 1: Seguros privados en la CAV (2021-2023)

	2023	2021	Incremento (%) 2023/2021
PERSONAS CON SEGURO	525.435	504.762	+4,1
Por territorio histórico			
Araba	64.596	59.133	+9,2
Bizkaia	352.489	347.755	+1,4
Gipuzkoa	108.350	97.874	+10,7
Por tipo de destinatario			
Seguros individuales o familiares	178.164	171.269	+4,0
Mutualidades públicas (*)	25.296	27.486	-8,0
Otrso colectivos	321.975	306.007	+5,2
VOLUMEN DE PRIMAS (Miles €)	398.009	366.238	+8,7
Por territorio histórico			
Araba	43.135	38.815	+11,1
Bizkaia	278.105	260.791	+6,6
Gipuzkoa	76.769	66.632	+15,2
Por tipo de destinatario			
Seguros individuales o familiares	160.271	149.076	+7,5
Mutualidades públicas (*)	27.075	26.555	+2,0
Otros colectivos	210.663	190.607	+10,5
Peso en relación con el PIB (%)	0,43	0,47	

(*)Incluye MUFACE (Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado), MUGEJU (Mutualidad General Judicial) e ISFAS (Instituto Social de las Fuerzas Armadas). Fecha: 27 de Diciembre de 2024

Fuente: Eustat. Estadística de atención sanitaria privada

Figura 8: Evolución histórica seguros privados en la CAV



Fuente: Eustat. Estadística de atención sanitaria privada

Las cifras que ofrecen estas figuras son más que elocuentes: la sociedad vasca más pudiente normaliza la sanidad privada ante el deterioro de Osakidetza; las desigualdades de clase suponen una brecha creciente en el acceso al derecho a la salud; y el refugio de las clases medias y altas en los seguros privados debilitan la incidencia en favor de la inversión pública en salud, fortaleciendo la espiral privatizadora.

Espiral sobre la que inciden ciertos grupos aseguradores que copan parte importante del mercado y que, en consecuencia, desarrollan una fuerte estrategia de lobby e incidencia sobre las instituciones, como se observa en esta tabla, en la que SegurCaixa Adeslas SA y el Igualatorio Médico Quirúrgico SA de Seguros y Reaseguros controlan el mercado de forma oligopólica.

Tabla 2: Cuotas de mercado seguros privados por territorio histórico (2019-2022)

AÑO	2019	2020	2021
Cuotas	%	%	%
BIZKAIA			
SCA	[5-10]%	[5-10]%	[5-10]%
IMQ SEGUROS	[60-70]%	[60-70]%	[60-70]%
SCA +IMQ SEGUROS	[60-70]%	[60-70]%	[60-70]%
GIPUZKOA			
SCA	[5-10]%	[5-10]%	[5-10]%
IMQ SEGUROS	[20-30]%	[10-20]%	[10-20]%
SCA +IMQ SEGUROS	[20-30]%	[20-30]%	[20-30]%
ARABA			
SCA	[5-10]%	[5-10]%	[5-10]%
IMQ SEGUROS	[50-60]%	[50-60]%	[50-60]%
SCA +IMQ SEGUROS	[50-60]%	[50-60]%	[50-60]%

Fuente: CNMC¹⁸

18. Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia (2022): [INFORME Y PROPUESTA DE RESOLUCIÓN EXPEDIENTE C/1362/22 SCA/IMQ](#).

f. Puertas Giratorias

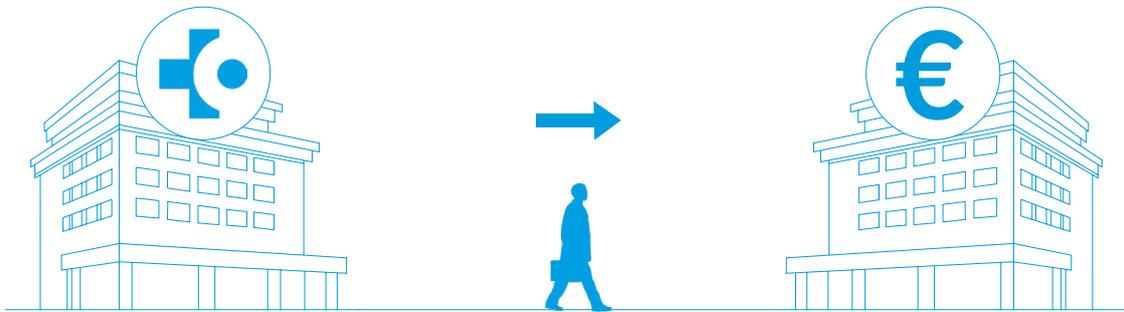
Terminamos nuestro análisis sobre la captura corporativa del sistema público de salud analizando la herramienta que engrasa la colusión de intereses entre las empresas privadas sanitarias y las instituciones públicas: las puertas giratorias.

El Observatorio de Multinacionales en América Latina (OMAL) las define como el “fenómeno por el cual se produce una circulación sin obstáculos de altos cargos entre los sectores público y privado. Estos movimientos se producen en un sentido y en otro, es decir, desde las instituciones públicas a las empresas transnacionales y viceversa, constituyendo una muestra más de lo difusa que es la línea que separa el poder político y el poder económico. Por un lado, existe un evidente conflicto de intereses cuando un excargo público ejerce su influencia sobre sus antiguos colegas de partido para diseñar políticas que favorezcan a su nuevo cliente o empleador, o utiliza los conocimientos adquiridos en su anterior cargo público en su beneficio. Por el otro, el camino opuesto es recorrido por quienes han pasado del sector privado al público y, una vez situados en instancias públicas de decisión, ponen en marcha políticas favorables a las empresas en las que anteriormente han ocupado puestos relevantes”¹⁹.

Este fenómeno, como podemos observar en la siguiente figura, es absolutamente habitual en el sistema vasco de salud. Tal es así que un número notable de las y los consejeros y viceconsejeros del departamento fluyen hacia puestos directivos del poder corporativo vasco de salud –incluso vienen inicialmente de ahí–, sobre todo en algunas potentes empresas ya analizadas como Keralty, Quirón o IMQ.

19. OMAL (2021): “[Diccionario crítico de empresas transnacionales](#)”, entrada elaborada por Ane Garay.

Figura 9: Puertas giratorias en Osakidetza



De consejera de Salud	Gotzone Sagardui	A directora médica del grupo sanitario privado Vithas
De consejero de Salud	Jon Darpón	A directivo de Keralty
De consejero de Sanidad del G. Vasco	Gabriel Inclán	A jefe de servicio del grupo sanitario Quirón
De consejero de Salud	Rafael Bengoa	A consultor en SL-Health
De consejero de Sanidad del Gobierno Vasco	Jon Azua	A directivo del grupo sanitario privado Keralty
De viceconsejero de Salud	José Andrés Gorriño	A directivo de Keralty
De viceconsejera de Salud	Fátima Ansotegi	A directiva de Keralty
De viceconsejero de Sanidad	Guillermo López	A consejero del grupo sanitario privado IMQ y jefe del servicio de Quirón
De viceconsejero de Sanidad	Rafael Cerdán	A directivo de Clínica Asunción
De directora de calidad de Osakidetza	María Teresa Bacigalupe	A directiva de Keralty
De director gerente de los hospitales de Basurto y Cruces	Mikel Alvarez	A director general de Mondragón Health
De director médico en Osakidetza	Agustín Agirre	A director médico de Clínica Asunción
De director general en Osakidetza	Juan Diego	A director de Edinor, filial de Petronor
De director de Régimen Jurídico, Económico y Servicios generales del Departamento de Salud	Ibon Etxeberria	A directivo médico de Ambulancias de La Pau
De director de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitarias del departamento de Salud	Mikel Sánchez	A director médico de Mutuaia
De directora de Aseguramiento y Contratación Sanitaria	Patricia Arratibel	A directora del Programa Experto en Innovación y gestión sanitaria de Deusto Business School
De director científico del Instituto Oncológico de Donostia	Ander Urruticoechea	A decano de la nueva Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Deusto
De viceconsejero de Agricultura	Asier Albizu	A directivo de Biolán Health y presidente del Basque Health Cluster

Fuente: Ahoztar Zelaieta

El resultado es un marco político idóneo para el avance de la privatización y la inserción naturalizada de la maximización de la ganancia como principio fuerte en Osakidetza, bajo el relato de las alianzas público-privadas. De esta manera, la capacidad de lobby, cabildeo e incluso de “gobierno directo o semidirecto” de las corporaciones sanitarias se amplía exponencialmente: mismos intereses, información privilegiada, relaciones personales, espacios compartidos de toma de decisiones, etc. Por tanto, el círculo en favor de la creciente privatización de Osakidetza –e incluso de un cambio estructural de modelo en este sentido–, se cierra.

2. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- 1.** La captura corporativa del sistema público de salud de la CAV es una realidad evidente: volumen notable y en expansión de los conciertos sociosanitarios, también en sectores sensibles y especializados como salud mental, cardiopatías, enfermedades renales, oncología, etc; subcontratación masiva de tareas y servicios generales, desde la limpieza y restauración a la planificación estratégica y la digitalización; porcentaje significativo de médicas y médicos que compatibilizan empleo público y privado, difuminando la línea divisoria entre negocio y derecho humano; aumento exponencial del número de seguros privados individuales y colectivos; y proliferación explícita de las puertas giratorias entre cargos públicos y directivos de empresas.
- 2.** La captura corporativa de Osakidetza se sostiene sobre un relato de eficacia y adaptación al envejecimiento de la sociedad, los retos globales de salud y la eficacia de las alianzas público-privadas; a partir de una base jurídica a escala estatal que favorece su consolidación y ampliación (Ley 15/1997, de 25 de abril); en función de una red amplia de empresas sociosanitarias y de todo tipo con gran peso específico en la matriz económica vasca; y, finalmente, se apuntala sobre un marco político que favorece y alienta la colusión de intereses público-privados.
- 3.** La captura corporativa juega un rol fundamental en el círculo vicioso que une estancamiento de la inversión pública, precarización de servicios, temporalidad e insuficiencia laboral, deterioro en el acceso generalizado y de calidad al derecho a la salud, y crecientes asimetrías de clase, raza y género en el acceso al mismo. De este modo, las lógicas privatizadoras serían la clave de bóveda de un modelo que apuesta por el estancamiento de la inversión pública y las políticas fiscales regresivas vinculadas a esta, al mismo tiempo que amplían el espacio para la maximización de los beneficios como principio fuerte, lesionando la calidad de los servicios y precarizando las condiciones de los y las trabajadoras, especialmente en los sectores feminizados relacionados con los trabajos de cuidados de la vida. Como resultado, se naturaliza la sanidad privada y se amplían las desigualdades de todo tipo, reforzando en última instancia la espiral privatizadora.

4. Revertir drásticamente la captura corporativa se convierte, en definitiva, en una prioridad para defender la vigencia del sistema público de salud y su consideración como derecho humano. En consecuencia, socialmente no sería asumible ningún acuerdo o pacto si no plantea un horizonte de publicación del conjunto de las tareas y servicios de Osakidetza: incrementar notablemente la inversión pública; poner coto a las externalizaciones dentro de un horizonte a medio plazo; mejorar la estabilidad laboral y salarial del personal de la sanidad pública y prohibir la compatibilidad de empleo público y privado para los jefes de servicio; evitar las puertas giratorias mediante un control riguroso de los conflictos de intereses; e impulsar, en última instancia, cambios legislativos a todos los niveles que reviertan la captura corporativa actual y defiendan un sistema de salud de propiedad, control y gestión públicos.
