



Universidad del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitatea

Gizarte eta Komunikazio Zientzien Fakultatea
Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación

KAZETARITZAKO GRADUA
IKASTURTEA 2017-2018

**Austeritatearen garaia Espainiako Estatuan.
Zer-nolako ondorioak dakartzate murrizketa
politikek osasungintza publikoan?**

EGILEA: Daniel Sanz Moreno
ZUZENDARIA: Helena Franco Ibarzabal

2018ko ekaina

Austeritatearen garaia Espainiako Estatuan. Zer-nolako ondorioak dakartzate murrizketa politikek osasungintza publikoan?

“Gradu Amaierako Lanaren egileak adierazten du lan original eta propio honetako datuak benetakoak direla, eta hala izan ezean bere gain hartzen duela jokabide ez-egokien (plagioen, irudien erabilera bidegabeen eta abarren) erantzukizuna. Irudien copyrighta haien jabeena edo lizentziadunena da. Dibulgazio helburuekin baino ez dira erabili hemen, lanaren marko teorikoa edo analisia ilustratze aldera”

AURKIBIDEA

| | |
|--|----|
| 1. SARRERA | 4 |
| 1.1 Lanaren aurkezpena | 4 |
| 1.2 Ikerketaren Helburuak | 5 |
| 1.3 Hipotesiak | 5 |
| 2. METODOLOGIA | 5 |
| 3. MARKO TEORIKOA | 7 |
| 3.1 Austeritatea eta neoliberalismoa | 7 |
| 3.1.1 Neoliberalismoaren kokapena historia garaikidean | 8 |
| 3.2 Espainiako ekonomiaren ezaugarriak | 9 |
| 3.2.1 Austeritatearen agerraldia Espainiako Estatuan | 12 |
| 3.2.2 Austeritatea eta sektore publikoak | 13 |
| 4. GARAPENA | 14 |
| 4.1 Ongizate politiken aldeko borroka Espainiako Estatuan | 14 |
| 4.1.1 Osasungintzarako eskubidea nazioarteko zein Estatuko legeetan | 14 |
| 4.1.2 Osasungintza publikoaren historia garaikidea | 15 |
| 4.2 Espainiako Osasungintza publikoa munduan | 16 |
| 4.3 Espainiako Estatuko gastua osasungintzan sakonean | 21 |
| 4.3.1 Osasun Zerbitzuaren Gastu Publikoaren Estatistika | 22 |
| 4.3.2 Osasun Kontuen Sistema | 26 |
| 4.4 Erkidegoen arteko aldea | 31 |
| 4.4.1 Gastu publikoa Autonomia Erkidegoetan | 31 |
| 4.4.2 16/2012 Errege Dekretuaren aplikazio selektiboa Erkidegoetan ... | 34 |
| 4.4.3 Estatuko osasun sistematik onenak eta txarrenak | 35 |
| 4.5 Austeritatearen eragina osasunean | 38 |
| 4.5.1 Osasun mentala | 39 |
| 4.5.2 Elikadura | 39 |
| 4.6 Pribatizazioaren esperientzia Espainiako Estatuan | 40 |
| 4.6.1 Estatuko aitzindaria: Alzira eredu | 41 |
| 4.6.2 Ospitaleen pribatizazioa Madrilgo Erkidegoan | 42 |
| 5. ONDORIOAK | 44 |

1.SARRERA

1.1 Lanaren aurkezpena

Azken urteotan zehar jazotako gorabehera ekonomikoak erabat aldatu du munduko errealitatea. Krisi ekonomikoa hasi zenetik, kaosa nagusi izan da arlo politikoan eta makroekonomikoan. Politikarien artean ezinegona nagusitu da, ekonomia egoera oso latzean egon baita azken urteotan.

Bereziki, Europako mendebaldeko gobernuek neurri ekonomiko zorrotzak aplikatu izan behar dituzte krisi globalari erantzuteko. Errealitate horren aurrean, Euroguneko estatu batzuek metatu duten zorraren aurrean, austeritatea izan da ia-ia ezarritako politika bakarra. Izan ere, presioa pairatu dute nazioarteko komunitatetik, tartean Europako instituzioetatik.

Horrez gain, globalizazioaren prozesuak aurrera jarraitzen du, eta gero eta zailagoa da estatu bakoitzeko ekonomia kontrolpean izatea. Izan ere, gaur egun ekonomia ez da mugatzen munduko estatuetera soilik, baizik eta dimentsio globala gero eta anitzagoa eta zabalagoa da.

Garatutako herrialdeetan, ekonomiaren gainbeherak agerian utzi du ongizate-estatuaren ahulezia. Estatuak bermatzen dituzten oinarriko zerbitzuak arriskuan egon dira, bereziki Mediterraneo eremuko estatu europarretan, tartean osasungintza bera ere bai.

Espainiako Estatuaren kasuak bat egiten du erabat egoera honekin. Botere betearazlearentzat kezka nagusia datu makroekonomikoei begira egon da nagusiki. Ia-ia obsesio bihurtu da Espainiako Gobernuarentzat gastu publikoa murriztea defizit publikoa baretzeko. Hala ere, gobernuko kideek ez dute kontuan izan murrizketa horiek zer-nolako ondorioak utzi ditzazkeen gizarte espainiarrean.

Halaber, osasungintza publikoaren inguruko eztabaida dago, ongizate-estatuaren oinarria baita. Biztanleria osoak gaixotzeko arriskua du, eta horren ondorioz populazioak epidemien mehatxua pairatzen du, globalizazioaren eraginagatik besteak beste, duela gutxi A Gripearekin eta Ebolaren izurritearekin gertatu zen bezala, adibidez. Gizartearen osasuna, beraz, agente publikoen esku dago, eta osasun-kudeaketa kaskarra izanez gero, gizarte osoak pairatu dezake antzeko beste egoera bat berriz ere.

Bestetik, osasungintzaren garapena luzea eta konplexua izan da Espainiako Estatuan. Aurrerapen handiak egin dira, bereziki azken mendean zehar osasungintza publikoa eta doakoa lortzeko, bai eta osasungintza unibertsala lortzeko ahaleginak. Espainiako gizarteak

lortutako aurrerapausoak, baina, kolokan jarri ditu austeritateak. Neurri honen aplikazioa ekonomiari begira egin baita, ez ikuspegi sozialetik.

1.2 Ikerketaren Helburuak

Arestian komentatu den bezala, gorabehera nabariak pairatu du Espainiako Estatuko osasungintza publikoak azken boladan. Hori dela eta, lan honek austeritate-politiken ezarpenen ondorioak aztertzea du xede. Hots, krisian zehar sektore honetan izandako bilakaerari erreparatuko zaio, behatzeko nolakoa izan den errealitate hau denboran zehar. Hala eta guztiz ere, eboluzio historikoa oso labur aipatuko da, sistemaren sendotasunak eta ahuleziak aipatzeko. Hortaz, iragana eta oraina kontuan hartuta, etorkizunen erronkei ekingo zaie, hala egonez gero.

1.3 Hipotesiak

Austeritate politikek nabarmen kaltetu dute Espainiako osasungintza publikoa. Hortaz, egoera honek bi emaitza sortarazi ditu:

1. Batetik, osasungintza beraren gainbehera, finantzaziorik gabe ez baita posible sistema eraginkorra lortzea. Hots, Espainiako administrazioek hartutako neurriek xede ekonomikoa dute soilik. Izan ere, ez dizkiote mesederik egiten osasungintza publikoaren funtzionamenduari eta garapenari. Izan ere, egindako finantzaketa-murrizketek ez dute osasungintzaren efizientzia indartzeko helbururik. Horregatik esan daiteke krisialdiak gogor astindu duela Osasun-Sistema, zeharka izan bada ere.
2. Bestetik, gaixoei dagozkien zainketek okerrera egin dute, behar diren azpiegituren mantentzea egokia ez delako izan. Aurreko puntuan azaldutako ondorioek zuzen-zuzeneko elkarreragina du, beraz, pazienteen zaintza-kalitatearekin. Horretaz aparte, Espainiako biztanleriaren osasunak okerrera egin du, gaixotasunik izan gabe. Hau da, austeritatea ez da soilik gaixoen artean nabaritu, baita egunerokotasunean lagun *osasuntsuekin* ere.

2. METODOLOGIA

Lan honetan zehaztuko den ikerketa metodologia kuantitatiboan oinarrituko da. Alde batetik, bigarren mailako datuak bildu, prozesatu, interpretatu eta aurkeztuko dira. Zenbaki hauen jatorria inkestak eta estatistika-atariak izango dira. Edukiari dagokionez, osasungintzaren egoera deskribatzen duten informazioak lehenetsiko dira, ikerketaren helburua baita. Dena den, datu makroekonomikoen agerpena

garrantzitsua da, Espainiako Estatuaren egoera deskribatzen baitute. Adibide garbia Barne Produktu Gordina da, adierazle honen hazkundeak edo beherapenak lurralde bateko egoera ekonomikoa azaltzen duelako. Beraz, bi elementu hauen presentzia funtsezkoa da lanaren garapenerako, nahiz eta metodologia osoa ez den esparru honetara mugatzen.

Izan ere, adituen iritzi eta ekarpenei erreparatuko zaie, berriro ere osasungintza eta ekonomia konbinatuz. Artikulu akademikoak balioetsiko dira, posible izanez gero prestigiozko adituekin. Funtsean, "bi aldeak" entzutean datza lan hau, osasungintza arloko profesionalak eta makroekonomian dihardutenak.

Estatistikei dagokienez, berriki argitaratutako datuak hartuko dira aintzat, betiere eskuragarritasunaren arabera. Bestetik, lan honetan aurkeztuko diren grafiko guztiak propioak dira. Hau da, lanketa propioa da, iturriek hornitutako datuekin. Erabaki hau hartu da hizkuntza zaintzeko. Izan ere, grafiko originalak gaztelaniaz, ingelesez edota frantsesez daude (iturriaren arabera), baina ez euskaraz. Lanaren jarraipena emateko egin da hau, hizkuntzaren aldetik koherentzia mantentzeko asmoz.

Bestalde, Eurostat bezalako atariek Europar Batasunetik at dauden estatistikak zabaltzen dituzte, nahiz eta erakunde horen parte ez diren. Adibiderik argiena Europako Merkataritza Askearen Elkarteko estatuen argitalpenak dira (Islandia, Liechtenstein, Norvegia eta Suitza). Kasu hauetan, lanak ez ditu jasoko datu horiek. Honek ez du esan nahi estatistika horiek interesgarri ez direnik, ez eta horien interpretazioa eta hausnarketa. Izan ere, zenbaki horiek lanaren garapena desitxuratu dezakete. Esate baterako, Europar Batasunaren batezbestekoak analizatzeko datu hauek ez dira baliagarriak.

Horrez gain, eta Eurostateko adibidearekin jarraituz, eredu berdina jarraituko da Europar Batasunean sartzeko bidean dauden estatuekin (Albania, Mazedonia, Montenegro, Serbia eta Turkia). Alegia, datu hauek alde batera utziko dira, inoiz eskuragarri badaude ere.

Halaber, Espainiako Autonomien Erkidegoen arteko ezberdintasunak aztertzen direnean, Ceutaren eta Melillaren datuak alde batera utzi dira. Izan ere, Estatuko legearen arabera, bi lurralde horiek Hiri Autonomoak dira, eta ez Autonomia Erkidegoak.

Estilo aldetik, dokumentu honek zehatz-mehatz segitzen ditu EHUko Gizarte eta Komunikazio Zientzien fakultateak gomentutako jarraibideak. Honek barne hartzen du bibliografia aurkezteko era.

3. MARKO TEORIKOA

3.1 Austeritatea eta neoliberalismoa

Natalie Goldstein egileak neoliberalismoaren ideologia zertan datzan azaltzen du:

“Neoliberalismoak zera defendatzen du: merkataritza askearen mailarik gorena, bai eta merkatu irekiak zein kapitalaren fluxu askea. Gainera, [neoliberalismoak] azpimarratu egiten du gobernuaren gastuak, erregulazioa, zergak eta esku hartzea ahalik eta murriztenak izan behar direla”

(Goldstein, 2007: 30)

Ildo honetan, autore honen arabera, neoliberalismoaren printzipioak lau ardatzetan oinarritzen dira:

1. Ekonomian, aktore adierazgarri bakarrak indibiduen interesak dira.
2. Ekonomiari dagokionez, munduko indibiduo guztiak berdintsuak dira.
3. Indibiduoak arrazionalak dira. Hau da, euren erabakietaz kontziente dira, interes pertsonala ahalik eta handiena lortzeko kostu baxuenaren truke.
4. Indibiduoek hartutako erabaki arrazional guztiak informazio perfektuan oinarritzen dira.

(Goldstein, 2007: 30)

Hortaz, austeritatea bete-betean bat dator neoliberalismoarekin. Izan ere, austeritatearen eginkizuna gastu publikoa murriztea da. Neurri honek gobernuaren esku-hartzea murriztea dakar, merkatu libreagoa izateko. Beraz, austeritatea merkatu liberala lortzeko erraminta bat da.

Ildo honetan, ekonomialari neoliberalen arabera, gobernuak esku hartzen badute ekonomian ez da orekarik egongo, eta horrek kalte ekonomikoa dakar. Beraz, neoliberalismoak defendatzen duen diskurtsoarekin bat dator austeritatea, politika honen defendatzaileen aburuz, administrazioak ahalik eta gutxien esku hartu beharko luke ekonomian. Hori dela eta, orekak ekonomiaren hazkundera ekarriko du, bai eta langabezia tasaren jaitsierak.

Testuinguru horretan, beraz, merkatuaren esku egongo da ekonomia. Izan ere, gastu publikoa, araudia eta funtsean, interbentzioa oso mugatuta dagoenez, merkatua izango da ekonomia aginduko duen agentea.

Jarraian azalduko den bezala, XX. mendeko 80ko hamarkadan nagusitu zen neoliberalismoa aro garaikidean, eta hegemonia ekonomiko honek gaur egun arte dirau errealitate globalean. Thomas I. Palleyk (2004) aipatzen duen moduan, herrialde garatuen gaurkotasun ekonomikoak

eredu estatubatuarren politika ekonomikoekin harremana estua du. Egile honen arabera, hurrengo ideiekin lotzen dira politika horiek:

1. Finantza-merkatuen liberalizazioa
2. Pribatizazioa
3. Babes sozialeko instituzioak ahultzea
4. Sindikatuen eta lan merkatuaren babesa ahultzea
5. Gobernuaren gutxitzea
6. Zerga bilketa murriztea
7. Ondasunak eta kapitala nazioartekotzea
8. Enplegu betearen jomuga bertan behera uztea

(Palley, 2004)

3.1.1 Neoliberalismoaren kokapena historia garaikidean

Joera ideologiko honen hedapena 1973 eta 1979 urteetako petrolio krisien ondorioz nagusitu zen. Mundu mailako arreta deitu zuen, halaber, Margaret Thatcher eta Ronald Reagan kontserbadoreen garaipenak 1979ko eta 1980ko hauteskundeetan, Erresuma Batuan zein Estatu Batuetan, hurrenez hurren. Bi lider global hauek, noski, neoliberalismoak bere gain hartzen dituen ideiak errealitatera eraman zituzten. Hots, ekonomian estatuaren esku hartzeari uko egin zioten, ez zutelako azken ideia hau begi onez ikusten.

Horri gehitu behar zaio beste ideia bat, kasu honetan finantza-arloan: Bretton Woods sistema uztea erabaki zen, eta horren ordezkari trukaneurria aske geratu zen. Mertxe Larrañagak (2010: 131-139) azpimarratzen duen moduan, 1980ko iraultza neoliberalak finantza-merkatuen liberalizazioa ekarri zuen. Jazoera horren bidez, finantza-merkatu global bat eratu zen, eta hurrengo urteetako globalizazio ekonomikoak prozesu horrek bizkortu zuen. Horren froga da gaur egun kapitala erabateko askatasunarekin mugitzen dela mundu mailan.

Gaur egun herrialde garatu guztiak globalizazioaren fenomenoan murgilduta jarraitzen dute, merkatua global bat eratuz. Gogoratzekoa da, halaber, bloke komunistaren gainbeherak globalizazioaren prozesua indartu zuela. Bestetik, neoliberalismoaren aplikazioa ekonomia azpigaratuentzat kalterako izan da (Zurbano, 2010).

Ildo honetan, azken urteotan ekitatearen ideia agendatik kentzearen bidea hartu da nazioarte mailan. Hori dela eta, herrialde txiroek bereziki pairatzen dute neoliberalismoaren aplikazioa beste behin:

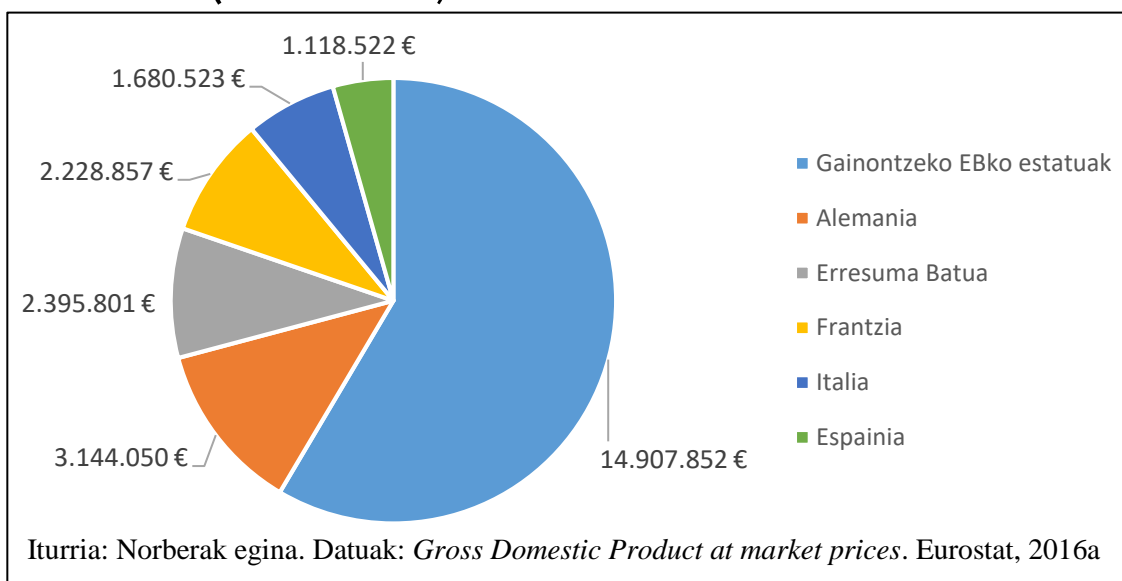
“Esan daiteke ezen desberdintasunaren diskurtso legitimatzaile bat dagoela, hau lehiakortasuna bermatzeko (...). 80ko hamarkadaz geroztik indarrean den egitarau neoliberalak kostu sozialen murrizketan zentratu da indar handiz, prezioak lehiakorak izan daitezzen nazioarteko merkatuetan.”

(Dubois, 2010: 287)

3.2 Espainiako ekonomiaren ezaugarriak

Espainiako Estatuko ekonomia pisu handikoa da Europar Batasunean (EB), Eurostateko datuek adierazten duten bezala. Hain zuzen ere, Barne Produktu Gordina merkatuaren preziotan aintzat hartuz gero, Estatu espainiarreko ekonomia bosgarrena da erakunde transnazional europarrean. Aurreneko postuetan Alemania, Erresuma Batua, Frantzia eta Italiako ekonomiak daude (Eurostat, 2016a).

1. Grafikoa: 2016 urteko Barne Produktu Gordina nominala Europar Batasunean (milioi eurotan)



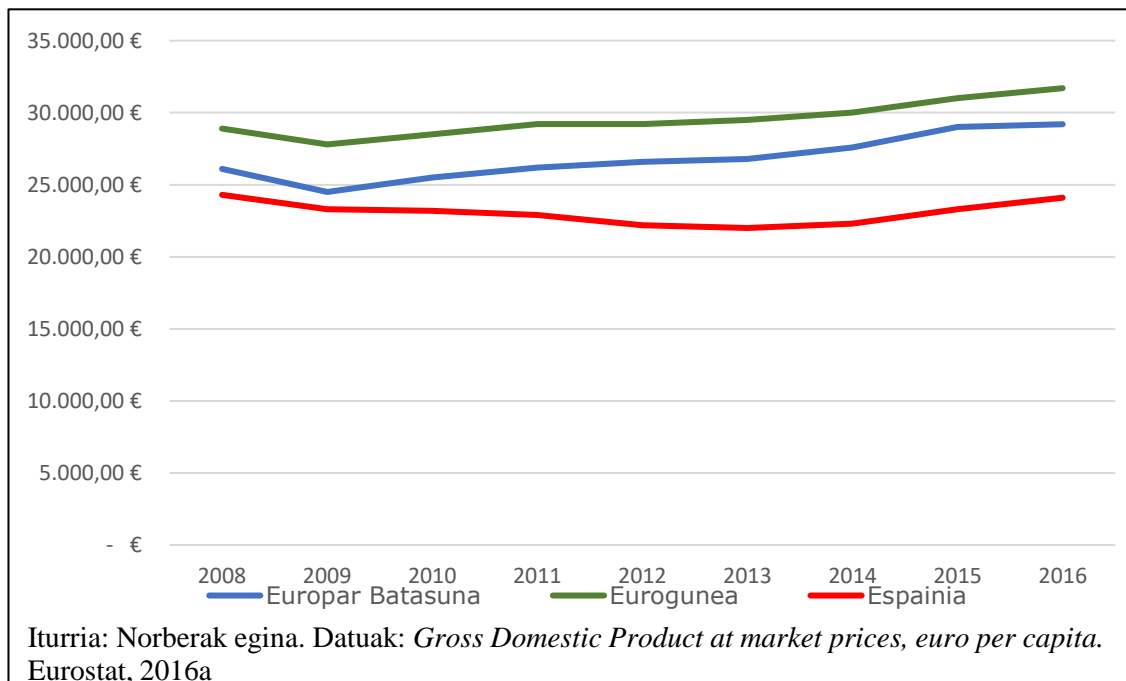
Krisia ailegatu baino lehen, postu berean zegoen Espainia, eta baita krisialdian zehar ere mantendu egin du bosgarren postua. Azken datuaren arabera, 2016 urtekoa, 1.118.522 milioi eurokoa izan da adierazle hori, eta Europar Batasuneko, berriz, 14.907.852,2 milioi eurokoa. Hau da, 2016. urtean Espainiako ekonomia EBko % 7,5a izan zen. Gainera, Espainiako ekonomiaren pisua areagotzen da Eurogunea kontua hartzen bada eta ez Europar Batasun osoa. Hots, moneta bakarreko multzoan laugarren ekonomiarik handiena da Espainiakoa (% 10,37). Izan ere, Erresuma Batua moneta bakarraren multzoan ez dagoenez, posizio hori hartzen du Espainiak (Eurostat, 2016a).

Edonola ere, hainbat ahulezia ditu Estatu honetako ekonomiak. Horren erakusle da Barne Produktu Gordin per capita adierazlea. BPG biztanleriaren artean zatikatuz, zehaztu daiteke nolakoa den ekonomia bateko ekoizpen gaitasuna eta aberastasuna sustatzeko gaitasuna. Ildo honetan, hurrengo grafikoan ikus daiteke Espainia EBko eta Euroguneke batezbestekotik urrun dagoela: Azkeneko datuaren arabera, 2016 urtekoa, Espainiaren BPG per capita 24.100 eurokoa zen, eta EBko eta Euroguneke 29.200 € eta 31.700 €, hurrenez hurren. Gainera, krisialdian zehar bai Euroguneke eta baita Europar Batasuneko lehiakortasuna mantendu egin

Austeritatearen garaia Espainiako Estatuan. Zer-nolako ondorioak dakartzate murrizketa politikek osasungintza publikoan?

den bitartean, Espainiakoa murriztu egin da, nahiz eta azken bi urteetan apur bat suspertu den:

2. Grafikoa: Europar Batasuneko, Euroguneko eta Espainiako BPG per capita (euro per capita)



Horrek erakusten du Espainia bolumen ekonomiko handiko estatu dela, EBko bosgarrena lehen aipatu den bezala. Hala eta guztiz ere, beste estatu batzuen lehiakortasuna altuagoa da Espainiakoa baino. EBko estatuak banan-banan zerrendatzerakoan, hamahirugarren postuan agertzen baita Espainia. Beraz, Alemania, Erresuma Batua, Frantzia eta Italia alde batera utzita, beste estatu batzuk ekonomia bolumena baxuagoa badute ere, produktiboagoak dira (hala nola, Luxenburgo, Irlandako Errepublika, Danimarka, Suedia, Herbehereak, Austria, Finlandia eta Belgika):

Hona hemen 2016. urtean Espainiaren aurrean zeuden estatuen BPG per capita, eurotan adierazita:

1. Taula: Espainiaren aurrean 2016an zeuden EBko estatuak (eurotan)

| Estatua | BPG per capita (2016) |
|-----------------------|-----------------------|
| Luxenburgo | 90.700 € |
| Irlandako Errepublika | 58.800 € |
| Danimarka | 48.400 € |
| Suedia | 46.900 € |
| Herbehereak | 41.300 € |
| Austria | 40.400 € |
| Finlandia | 39.300 € |
| Alemania | 38.200 € |
| Belgika | 37.500 € |
| Erresuma Batua | 36.500 € |
| Frantzia | 33.300 € |
| Italia | 27.700 € |
| Espainia | 24.100 € |

Iturria: Norberak egina. Datuak: Eurostat, 2016a.

Espainiar Estatuko ekonomia, beraz, lehiakortasun mugatukoa da eta aberastasuna sustatzeko gaitasun gutxikoa da, inguruko estatuekin alderatuta. Ideia hau ez da soilik aldagai eta estatistiken bidez azaltzen, aspalditik ekonomialariek egoera honen berri eman dute eta arazo hau konpondu behar dela pentsatzen dute. Egoera honi buelta emateko, produktibitatea, berrikuntza, eta langileen kalitatea eta formakuntza sustatu behar da (Fariñas, et al., 2014; Picatoste; Picatoste, eta López, 2016). Espainiako Ekonomialarien Elkargo Orokorraren buruaren hitzetan, Estatuko ekoizpen-eredu berria lau ardatzetan eratu behar da: berrikuntza, jakituria, nazioartekotzea eta jasangarritasuna (Velázquez-Gaztelu, 2009).

Estatuko zerbitzu publikoei dagokienez, Navarrok, Torresek eta Garzonek (2011) aipatzen dute Espainiako sektore publikoak pisu gutxikoa dela, eta EBko estatu garatuekin alderatuta posizio txarrean dagoela Espainia. Autore hauen arabera, ongizate-estatuak ez du horri dagokion finantzaketak, betiere Espainiako ekonomiaren pisua kontuan hartuta. Hori dela eta, sistema publikoa ez dago garatuta. Horren isla dira, adibidez, pentsioak, osasungintza, hezkuntza, gizarte zerbitzuak, mendekotasuna eta haur-eskolak. Antzeko tesia defendatzen du Zelaiak (2009), adierazten baitu Espainia bezalako estatuak inbertsio gehiago behar dutela, batez ere azpiegituren aldetik.

Afera hauetan finantzazioa eskasa da, Europako estatu garatuen artean baxuenetakoa. Horrez gain, enplegatu gutxi daude sektore publikoan, administrazio publikoek lanpostu gutxi eskaintzen dituztelako. Navarrok et al.-en aburuz, (2011) beste politika fiskal bat aplikatuz gero, posible izango litzateke lanpostu horiek finantzatzea. Ez da horrelakorik egiten baina, estatuak politika fiskal erregresiboa burutzen duelako.

Egileen iritziz, Francoren diktadura amaitu zenetik aurrerapausoak egon dira ideologia honetatik aldentzeko. Hala ere, Espainiako Gobernuak

kontserbadoreen menpe egoteak aurreko paragrafoan deskribatutako filosofia elikatu du (Navarro et al., 2011)

Auzi hauek Estatuako ehun produktiboan eta ongizate-estatuaren garapen eskasean ondorioak utzi dituzte. Adibidez, gizarte-bazterketa arriskua izugarri igo da Espainian, gainbehera ekonomikoa dela eta. 2017. urtean 12,9 milioi herritar bizi ziren egoera honetan, populazioaren % 27,9. Azken estatistika hau batezbesteko europarretik haratago doa, EB mailako datua ia bost puntu murriztagoa delarik (Europa Press, 2017).

3.2.1 Austeritatearen agerraldia Espainiako Estatuan

2008an heldu zen Espainiara krisi globala, eta ondorengo nahas-mahasa ekonomikoa. Hasiera batean, garai horretako presidentea, Jose Luis Rodriguez Zapatero, eta hark zuzentzen zuen Gobernua murrizketen kontra azaldu ziren, baina apurka-apurka austeritate politikak aplikatzen hasi ziren. 2010eko maiatzean garai hartako Ekonomia ministroak, Elena Salgado, iragarri zuen lehenengo murrizketa: "Defizitaren aurreikuspena 5.000 milioi euro gutxituko da aurten [2010ean] (...) eta gastuaren murrizketa bikoitza izango da datorren urtean [2011an]" (20 Minutos, 2010).

Egun batzuk geroago Zapatero presidentek Madrilgo Kongresuan murrizketa pakete bat aurrera eramatea aditzera eman zuen. Bertan egindako diskurtso batean hainbat murrizketak iragarri zituen, besteak beste (RTVE, 2010):

- Sektore publikoaren langileen soldatak, batezbestekoz, % 5a murriztea 2010ean, eta hauek izoztea 2011an.
- Pentsioen balioa handitzea bertan behera uztea 2011 urterako
- Farmazia-gastuak gutxitzea
- Garapenerako Laguntza Ofiziala 600 miloi euro murriztea, 2010-2011 tartean
- 2010-2011 bitartean 6.045 miloi euro gutxitzea estatuko inbertsio publikoan
- 1.200 miloi euro gehiago aurrezte aurreikusten da Autonomi Erkidegoetan eta Entitate Lokaletan

Erreformen ildo honetan, 2011. urtean Madrilgo Kongresuak Espainiako Konstituzioko 135. artikulua aldatu zuen, *2/2012 Lege Organikoa, apirilaren 27koa, Aurrekontu Egonkortasunari eta Finantza Iraunkortasunari buruzkoa* izeneko legearen bidez (BOE, 2012a). Aipatutako araudiak Autonomia Erkidegoen, Toki Erakundeen eta Estatu beraren gastua mugatzea zuen helburu, hiru arau fiskalen bidez:

1. Defizit publikoaren muga jakin bat ez gainditzea
2. Zor muga ez gainditzea
3. Gastu-araudiari zor zaion errespetua betetzea

Azken betekizun honen helburua zera da: administrazio bakar batek ere ezin du gastu publikoa handitu Estatuaren BPGaren gorakada estimatua baino gehiago, nahiz eta administrazio horren defizit-muga baxuagoa den.

Arau honek, beraz, desoreka handiak sortarazten ditu Estatuan zehar, izan ere baldintza horrek ez ditu bereizten zorpetutako eta zorrik gabeko administrazioak, guzti-guztiek gastu publikoaren muga berbera dutelako. Hots, 2/2012 legeak politika sozialen kudeaketari bete-betean eragiten die, baita osasungintza publikoa berari ere.

2011ko azaroan onartutako Lege Organiko batek ezarri zituen defizit publikoaren mugak: 2020 urtetik aurrera, Administrazio Publikoen defizit maximoa % 0,4koa izango da Barne Produktu Gordinarekiko (El País, 2011). Halaber, azkeneko berrikusketari dagokionez, defizit publikoaren muga % 2,2koa izango da 2018-2020 tarterako, eta horrelaxe banatuko da: %0,7 Estaturako, % 0,3 Autonomia Erkidegoentzako eta % 0 Udalentzako. (EITB, 2017).

Erabaki honen bitartez, beraz, lehenetsuna zorra ordaintzea da. Horretarako, agintari politikoek austeritate neurriak bultzatu dituzte defizitari aurre egiteko. Erabakizun honek berebiziko eragina dakar zerbitzu publikoetan, osasungintza publikoan noski, ere bai.

3.2.2 Austeritatea eta sektore publikoak

Espainiako osasungintza publikoaren finantzazioari dagokionez, azken hamarraldian hazkundera erregistratu da. Hala ere, testuinguru honetan sektore pribatua nagusitu egin da gorakada honetan, eta ez publikoa (Navarro et al., 2011). Gainera, antzeko ezberdintasuna topatu daiteke Ekonomia Lankidetzan eta Garapenerako Antolakundera (ELGA) taldeko estatuekin. Izan ere, azken hamarkadan bietan hazkundera egon da (Espainian eta ELGAn), baina gastua Espainiako Estatuan % 2,7 hazi da soilik, eta estatu garatuetako klubean, ordea, % 4,1. (Navarro et al. 2011: 110)

Navarrok berak liburu berriago batean (2015) zehazten du desoreka soziala nabaria dagoela Espainiako Estatuan, eta are gehiago generoen artean. Jazoera honen bidez, klase aberatsak presioa ezartzen dio Gobernuari. Ondorioz, egoera aldatzea zailagoa da. Horri gehitu behar zaio, gainera, kontserbadurismoak izan duen bultzada Espainian. Beraz, azpikapitulu honetan azaldutako egoerari buelta ematea ez dela erraza. Izan ere, Estatuan dagoen *statu quo*-a nagusitzen baita.

4. GARAPENA

4.1 Ongizate politiken aldeko borroka Espainiako Estatuan

4.1.1 Osasungintzarako eskubidea nazioarteko zein Estatuko legeetan

Hainbat lege eta dokumentuetan zehazten da osasungintzarako eskubidea, bai nazioarte mailako testuetan zein estatu eta tokian tokiko adierazpenetan ere. Beraz, nazioarteko komunitateak osasuna babesteko konpromezua hartzen du, jarraian banan-banan zerrendatuko diren dokumentuetan. Halaber, Espainiako Estatuak antzeko jarrera segitzen du, agiri horiek berretsi dituelako, baina aldi berean mekanismo propioak ezarri dituelako osasun-babesari jarraipen luzeagoa egiteko.

Mundu mailan, hainbat adibide daude. Hala nola, 1948ko Giza Eskubideen Aldarrikapen Unibertsala, dokumentu hau itun bat berez ez den arren. Bertan, 25. artikuluan hain zuzen ere, zera jasotzen da: "Pertsona orok du bizimodu egokia izateko eskubidea, bai berari eta bai bere familiari osasuna eta ongi izatea bermatuko diena, eta batez ere janaria, jantziak, bizitokia, mediku-sorospena eta gizarte-zerbitzuak" (Nazio Batuen Giza Eskubideetarako Goi Mandatariaren Bulegoa, 1998: 7).

Europa mailan, antzeko dokumentu bat dago, Europako Kontseiluko Europako Gutun Soziala. Lehen aldiz sortu zutenetik itun honek aldaketa batzuk izan ditu, azkena 2015. urtean. Hala eta guztiz ere, Europako Kontseiluko kide gehien-gehienek berretsi egin dute, baita Espainia berak ere, 1980an hain zuzen (BOE, 1980). Dokumentu europarrak osasunaren inguruan babesten duen esparrua zabala da. Esate baterako, 11. artikulua oro har "Osasuna babestearen eskubidea" jasotzen du. Dena den, aipamen zehatzagoak daude gai honen inguruan kolektibo jakinentzat. Adibidez, 3. artikuluan zehazten da lanean segurtasuna eta higienearen eskubidea langileei bermatu behar zaiela, 23.b artikuluan adinekoei bermatzen zaie osasungintzarako eskubidea eta 19.2 artikuluan arabera, migratzaileek zerbitzu medikuak jasotzeko eskubidea dute, bai eta haien familiak ere (Europako Kontseilua, 1996).

Europar Batasunean, antzeko babesa aitortzen zaio osasunari, Europar Batasunaren Oinarrizko Eskubideen Gutunean. Izan ere, 35. artikuluan zera jasotzen da: "Pertsona orok du osasun-prebentzioa izateko eta osasun-sorospenaren onurak jasotzeko eskubidea". Halaber, aurreko dokumentuan bezala, lan-baldintza egokien alde egiten du Gutun honek, kasu honetan 31. artikuluan: "Langile orok du bere osasuna, segurtasuna eta duintasuna errespetatzen duten baldintzetan lan egiteko eskubidea" (Eusko Jaurlaritza, 2010: 10).

Hala ere, Europar Batasunak ez du eskumen zuzenik osasungintza arloan, nahiz eta noiz edo noiz gomendioak egiten dizkie komunitateko estatuei. Ekarpenean hauek agentzia espezializatuetatik zein Europar Batasun beratik datozte (Kontseilutik eta Batzordetik, hain zuzen ere). Azken hauen kasuan, komenigarria da gogoraraztea arau hauek lotesleak direla.

Halaber, Lisboako Itunean EBak berretsi egiten du osasungintzarekin duen konpromezua. Kasu honetan, 168. artikuluan jasotzen da (XIV artikuluan): “[Europar] Batasunaren jardura politika nazionalen osagarri izango da. Neurri hauek, osasun publikoa hobetzera bideratuko dira, bai eta giza gaixotasunak ekiditeko eta osasun fisiko eta psikikoen arriskuen iturriak saihesteko.” (Espainiako Justizia Ministerioa, 2008: 108-109).

Nazioarteko dokumentuak alde batera utzita, Espainiako Estatuak berak aitortzen du osasungintzarako eskubidea. Konstituzioaren I. Tituluan dago, beste oinarriko eskubideekin batera. Zehazki, Konstituzioaren 43. artikuluan hurrengo ideiak zerrendatzen dira. Artikuluaren lehenengo atalean ondorengo adierazpena jasotzen da: “Osasun babesaren eskubidea aitortzen da”; eta hurrengoak beste ideia hau aipatzen du: “Botere publikoei dagokie osasun publikoa antolatzea eta babestea beharrezkoak diren zerbitzu eta prestamenen neurri, alde aurretikakoen bitartez. Honetarako, legeak ezarriko ditu guztien eskubide eta betebeharrak” (BOE, 1978: 17-18).

4.1.2 Osasungintza publikoaren historia garaikidea

Esplikatu den moduan, historia modernoan bide luzea egin da egungo politika sozialak eskuratzeko, osasungintza publikoa barne. Ildo honetan, lau etapa bereiz daitezke Espainiako Estatuaren historia garaikidean:

1. Frankismoaren amaierako modernizazioa, soziala zein ekonomikoa (1963-1978)
2. Demokrazia politikoa finkatzea (1979-1985)
3. Integrazioa Europar Batasunean (1986-1995)
4. Ongizate-estatua instituzionalizatzea (1996-2007)

(Moreno eta Rodríguez-Cabrero, 2007; hemen aipatuta: Vivancos, 2016)

Ibilbide horretan, halaber, nabarmentzekoak dira hainbat adibide osasungintza publikoaren kasuan:

2. Taula: Ongizate-estatuaren aro garaikideak Espainiako Estatuan

| Urteak | Lorpena |
|-----------|--|
| 1977-1982 | <ul style="list-style-type: none">• Eskubide sozialak Espainiako Konstituzioan sartzea• Ordainutakoaren araberako osasungintza eredua |
| 1983-1986 | <ul style="list-style-type: none">• Osasungintza eta hezkuntzako erreformak diseinatzea |
| 1987-1992 | <ul style="list-style-type: none">• Osasungintza prestazioak unibertsalak bihurtzea |
| 1996-2000 | <ul style="list-style-type: none">• Osasungintzaren kudeaketa selektiboa pribatizatzea |
| 2002-2004 | <ul style="list-style-type: none">• Osasungintza sistemaren kohesioa indartzea |

Iturria: Alcántara eta Martínez, 1997; hemen aipatuta: Vivancos, 2016

Ibilbide horretan, beraz, somatu daiteke gizarte espainiarrak gero eta eskubide gehiago lortu dituela denboraren poderioz. Azkeneko urteetan berriz, alderantzizko joera egon da. Esate baterako, 16/2012 Errege Dekretuak atzerritarren arreta sanitarioa mugatzen zuen (BOE, 2012b), nahiz eta geroago Auzitegi Konstituzionalak muga hura indargabetu zuen inkonstituzionala baitzen (BOE, 2016). Edonola ere, Europar Batasuneko kanpoko atzerritarrek bisita gutxiago egiten dute tokikoek baino, nahiz eta bertakoen pertzepzioa errealitatearekin bat ez datorren (Picatoste et al., 2016).

Horrez gain, azken urteotan Espainiako Estatuan martxan jarritako beste neurri batzuk erantsi daitezke, koordainketa edota errezeta bakoitzeko euro bat ordaintzea, adibidez. Testuinguru hau, hain zuzen ere, hurrengo kapituluetan ikertuko den egoera da.

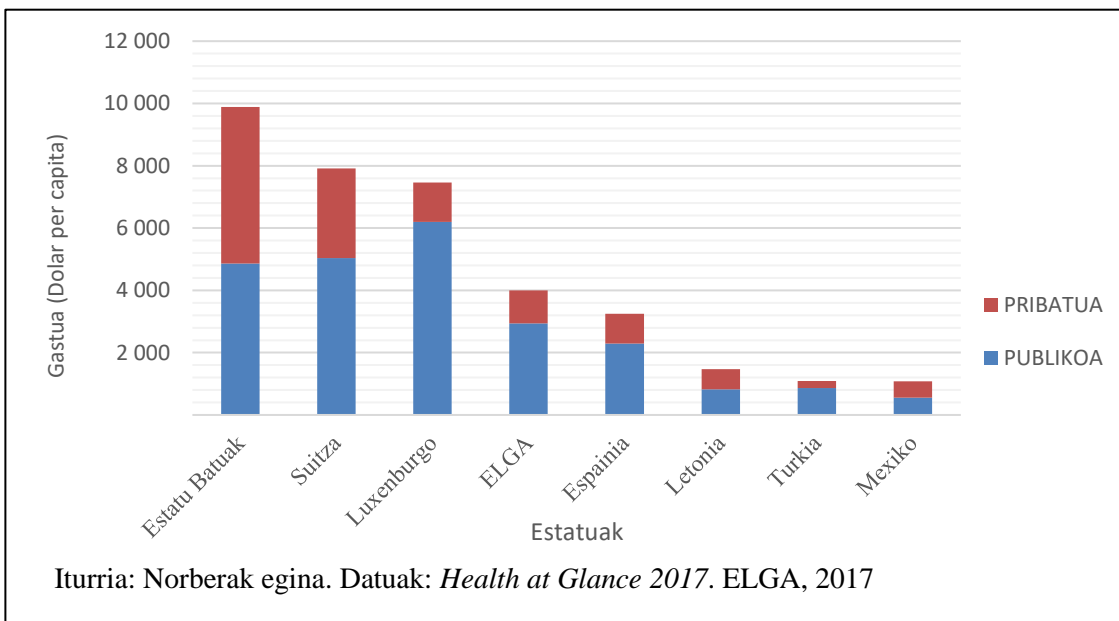
4.2 Espainiako Osasungintza publikoa munduan

Lehenik eta behin, Estatu espainiarreko osasungintza publikoa munduan kokatuko da. Lanketa hau egiteko, beste estatu batzuetako osasun-sistemekin alderatuko da, bereziki herrialde garatuekin, ezaugarri komunak dituztelako bai juridikoak, ekonomikoak eta sozialak.

Hurrengo grafikoak 2015an Ekonomia Lankidetzeta eta Garapenerako Antolakundeko (ELGA) estatuak osasungintzan gastatutako kopurua per capita islatzen du, bai gastu pribatua zein publikoa. Zehazki, grafikoa bera azkar interpretatzeko, zazpi estatuak datuak bildu dira soilik: ELGAN gehien gastatzen zuten hiru estatuak eta gutxien gastatzen zuten hiru estatuak, bai eta Espainiako zein ELGAko batezbestekoa ere.

Ondorengo grafikoan zehaztutako datuek gastua per capitari egiten die erreferentzia, eta kasu guztietan dolar amerikarretan adierazita daude. Halaber, Erosteke Ahalmenaren Parekotasuna erabili da Estatuen arteko ezberdintasunak agerian uzteko. Munduko Bankuaren arabera (2018a) sistema hau erabiliena da lurraldeen arteko ezberdintasunak interpretatzeko, bai eta fidagarriena ere.

3. Grafikoa: 2016an osasungintzan egindako gastu publiko eta pribatua per capita (Erosteke Ahalmen Paritatean, dolarrean)

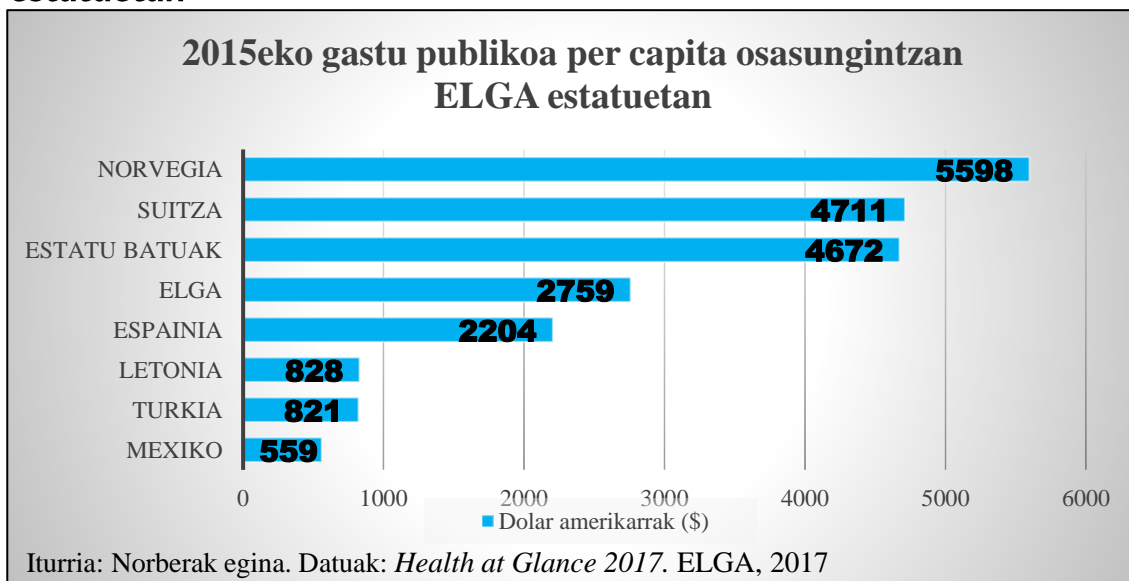


Ikusten den moduan, Estatu Batuetan gehien gastatu zuten 2015. urtean biztanle bakoitzeko, 9451,34 dolar. Bestalde, kontrako egoera bizi zuten 2015ean Letonian, Mexikon eta Turkian. Azken estatu honen kasuan, 1063,55 dolar gastatu zituzten osasungintzan. Ezberdintasuna bi muturren artean agerikoa da. Izan ere, 8.387,79 dolarreko aldea dago Estatu Batuak eta Turkiaren artean.

Espainiari dagokionez, 3152,98 dolar gastatu zituen esparru honetan. Zenbaki horrek 21. postuan sailkatzen du Espainia, zerrendako 35 estatuetatik. Aldi berean, ELGAko batezbestekoa ez du gainditzen Espainia, baina estatistika komunetik gertu dabil (3739,85 dolar).

Arestian aipatu den bezala, Ameriketako Estatu Batuetan gasturik altuena erregistratu zen osasungintzan 2015ean, baina partaidetza gehienak esku pribatuetatik egin ziren (107,04 dolarreko aldea). Horrek lan honen xedea desitxuratzen du, helburua errealitate publikoa ezagutzea baita, gastu publikoa barne. Hortaz, ondoren estatistika berdina aztertuko da, baina gastu publikoei soilik erreparatuz.

4. Grafikoa: 2015 urteko gastu publikoa per capita osasungintzan ELGA estatuetan

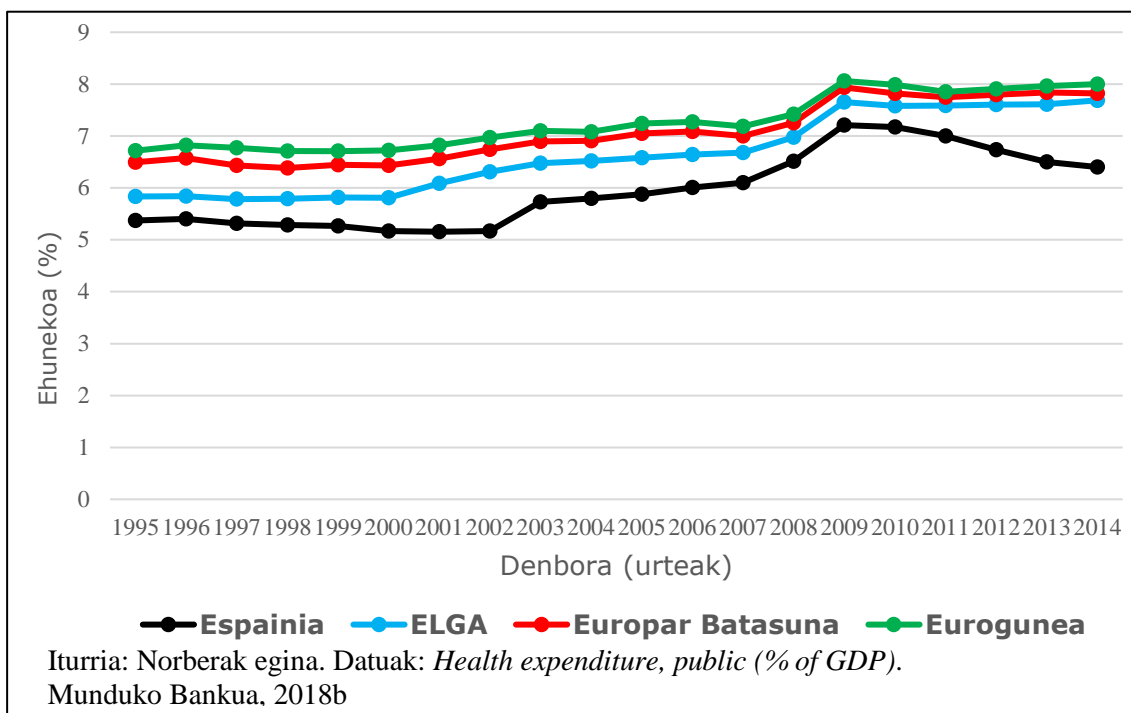


Bigarren argazki honek beste errealitate bat islatzen du. Izan ere, Norvegia estatu nagusia izan zen osasungintza publikoaren gastu per capita, eta 5.000 dolar baino gehiago gastatu zuen estatu bakarra. Egoera honetatik urrun geratu ziren ELGAko batezbestekoa eta Espainia, 3.000 dolarretara ez zirelako iritsi ez bata ez bestea. Halaber, gutxien gastatu zuten estatuak Turkia eta Mexiko izan ziren. Herrialde bi hauek ezaugarri komuna dute, ez dutela osasun arreta unibertsala, eta ildo honetan aurreikusi daiteke estatu hauek gutxiago gastatzen dutela.

Espainiak ekonomia garatua den aldetik ELGA erakundearen parte da, baina baita Europar Batasuneko kidea da ere bai, beste 27 estatuarekin batera. Nazioarteko erakunde honetan egoteak, ELGA ez bezala, norma juridiko eta ekonomiko batzuk errespetatzeak eskatzen du. Horrez gain, Espainia beste 18 estatuarekin batera Eurogunea osatzen du eta horregatik betekizun legal eta ekonomiko gehiago ditu Espainiak moneta bakarraren eremuan egoteagatik.

Agertoki honen aurrean, aproposa da Espainia inguruko beste estatu batzuekin alderatzea, batez ere ekonomia antzekoagoak diren aldetik. Horregatik, Espainiak osasungintzan egindako gastu publikoaren egoera hiru antolakundeekin konparatuko da: ELGArekin, Europar Batasunarekin eta Eurogunearekin. Irizpide amankomuna Barne Produktu Gordina izango da hirurentzako, eta datuak ehunekoetan azalduko dira, alderaketa posible egin ahal izateko. Hortaz, konparazio honen xedea zera da, aberastasuna proportzionaltasunaren arabera, kasu bakoitzak zenbat gastatzen duten osasungintza publikoan:

5. Grafikoa: Gastu publikoa osasungintza publikoan (BPGaren %)



Grafikoan ikus daitekeen moduan, azken bi hamarkadetan gutxiago gastatu du Espainiak hiru multzoekin alderatuz: 1990ko hamarkadan antzekoa izan zen. XXI. mendeko lehen hamarraldian, ordea, gastua apurka-apurka handitu zen, eta 2006an Estatuaren BPGren %6ko marka gainditu zuen. Krisialdiaren agerraldiak, ordea, gorakada eten egin zuen. Izan ere, Munduko Bankuaren datuen arabera, osasungintzaren gastu publikoa gero eta txikiagoa da (2014 urteko datua azkenekoa da). Murrizketarik handiena 2012. urtean erregistratu zen aurreko urtearekin alderatuz (Barne Produktu Gordinaren % -0,27).

ELGA, Europar Batasuna eta Eurogunearekin konparazioa eginez gero, bi ezberdintasun topatu daitezke, eta hauek kontrastatu egiten dute Espainiako errealitatearekin: Batetik, Estatu multzo hauek hazkunderako joera izan zutela 90ko hamarkadan eta hurrengo urteetan, Espainiak bezala. Hala eta guztiz ere, esan daiteke sektore honetan egindako gastua krisialdian mantendu egin dutela oro har, Espainiarekin alderatuz. Bigarrenik, grafikoak argi uzten du osasungintza publikoan oso gutxi gastatzen duela Espainiak beste hiru ekonomiekin alderatuta.

Aldea bereziki nabarmena da Euroguneke batezbestekoarekin: Munduko Bankuaren datu-basearen arabera, azkeneko urteko aldea (2014) krisian suertatutako handiena izan zen, BPGaren % 1,6. Aipatu den moduan, azken estatistika honek adierazi du Espainiako administrazio publikoak zenbat gastatu duen osasungintzaren barrutian.

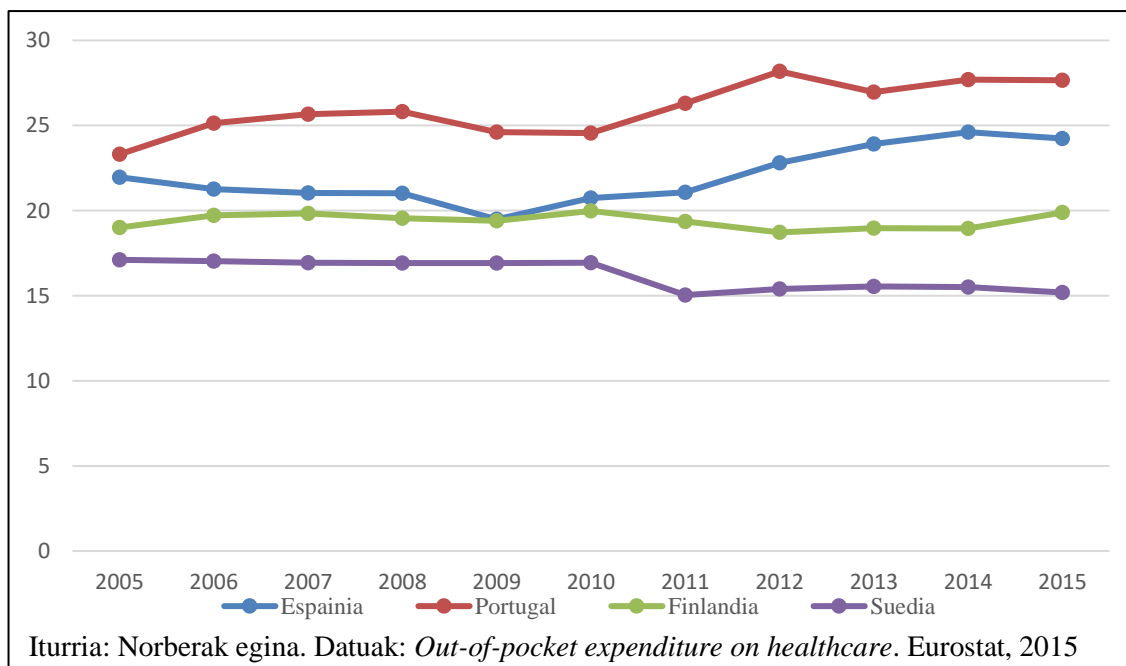
Errealitatearen argazki osoa bete-betean ezagutzeko, familien ekarpena zenbatekoa izan den falta da. Ataza hau borobiltzeko Eurostaten

estatistiketara jo da. Datu-base honek Espainiako datuak ditu, baina ez Europar Batasunekoak, izan ere estatu batzuen zenbakiak ez daude eskura. Arrazoi honengatik ez da posible izan entitate komunitarioaren egoera erabat azaltzea.

Hori dela eta, EBko batezbestekoren orde, Espainiako datuak beste hiru estatuekin alderatuko dira: Portugal, Finlandia eta Suedia. Horren arrazoia zera da, lauek osasun-sistema bera dutela, *Beveridge* delakoa. Eredu honek bi ezaugarri komunak ditu: Batetik, osasungintza zergen bidez finantzatzen dela, eta bestetik, gaixoei espezialisten kontsultara jo aurretik familiako medikuarengana joan behar direla (Van der Zee eta Kroneman, 2007).

Hona hemen 2005 eta 2015 bitarteko bilakaera Espainian, Portugalen, Suedian eta Finlandian:

6. Grafikoa: Espainiako, Portugalgo, Finlandiako eta Suediako familiek egindako ekarpena osasungintzan (euren aurrekontuetako ehunekoak)



Ageri den moduan, Europako iparraldeko familiek gutxiago gastatzen dute osasunean euren aurrekontuetatik hegoaldekoek baino. Izan ere, aurkeztutako urteetan ez zuten %20 baino gehiago gastatu Finlandian eta Suedian. Halaber, lagineko gasturik handiena familia portugaldarrek egin zuten, krisian zehar eta baita aurreneko urteetan ere. Espainiari dagokionez, sendiek egindako ekarpena goranzko joera izan zuen. Esate baterako, 2015ean %4,74 gehiago gastatu zuten "euren poltsikoetatik" 2009ko datuarekin alderatuz. Hortaz, lau estatuek osasun-sistema bera badute ere, *Beveridge* delakoa, ondorioztatu daiteke horren kudeaketa ez dela homogenea.

4.3 Espainiako Estatuko gastua osasungintzan sakonean

Atal honetan Espainian osasungintza-gastuaren xehetasunak arakatuko dira. Horretarako, Osasungintza Ministerioak urtero argitaratzen dituen txostenak eta estatistikak analizatuko dira. Organismo publikoaren arabera, gastua aztertzeko bi formula daude, eta bakoitzak helburu jakin baterako erabiltzen da (Espainiako Osasun Ministerioa, 2017a: 2):

1. Osasun Zerbitzuaren Gastu Publikoaren Estatistika –*Estadística del Gasto Público Sanitario*– : Osasungintza-agente publikoen gastua jasotzen du soilik (...). Estatu mailan erabiltzeko egokia da, eta Autonomia Erkidegoen artean suertatzen diren ezberdintasunak aztertzeko balio du.
2. Osasun Kontuen Sistema –*Sistema de Cuentas de Salud*– : Nazioarteko erakundeetan adostutako sailkapenak eta metodologia erabiltzen du. Agente pribatuen ekarpenak barne hartzen ditu ere bai. Hortaz, Estatuaren arteko aldeak behatzeko baliagarria da.

Ministerioak eskaintzen dituen daturik berrienak 2015 urtekoak dira. Beraz, jarraian aurkezten den analisia 2002-2015 tartekoa da, izan ere aurreko urteen estatistikak eskuragarri badaude ere, ez dute lan honi ekarpenik egiten. Horrez gain, metodologia ezberdinarekin lortu ziren emaitza horiek, 2002 urtera arte Espainiako Osasun zerbitzua ez zegoelako guztiz deszentralizatuta. Horren ondorioz, 2002 aurreko datuekin konparaketa egitea ez da posible (Espainiako Osasun Ministerioa, 2017a).

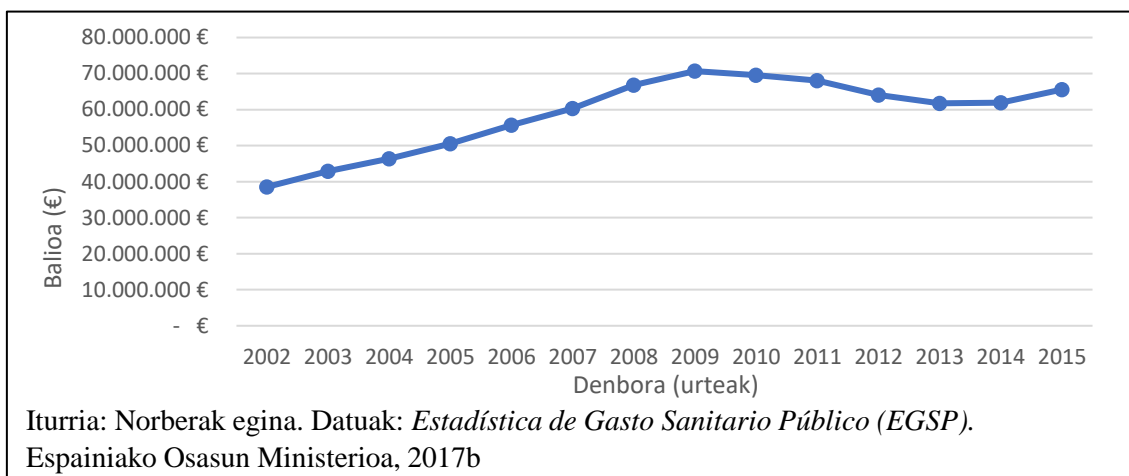
Kapitulu honetan zehaztutako datuak Estatu mailakoak dira. Hurrengo kapituluan, ordea, Autonomia-Erkidegoen artean dagoen aldea aztertuko da sakontasunez, goian aipatu den moduan Osasun Zerbitzuren Gastu Publikoaren Estatistiken datuak aintzat hartuta.

4.3.1 Osasun Zerbitzuaren Gastu Publikoaren Estatistika

4.3.1.1 Gastu totalaren bilakaera

Lehenik eta behin, zehaztuko da Administrazio publikoak zenbat gastatu duen osasungintzan azkeneko urteetan, balio absolutuetan.

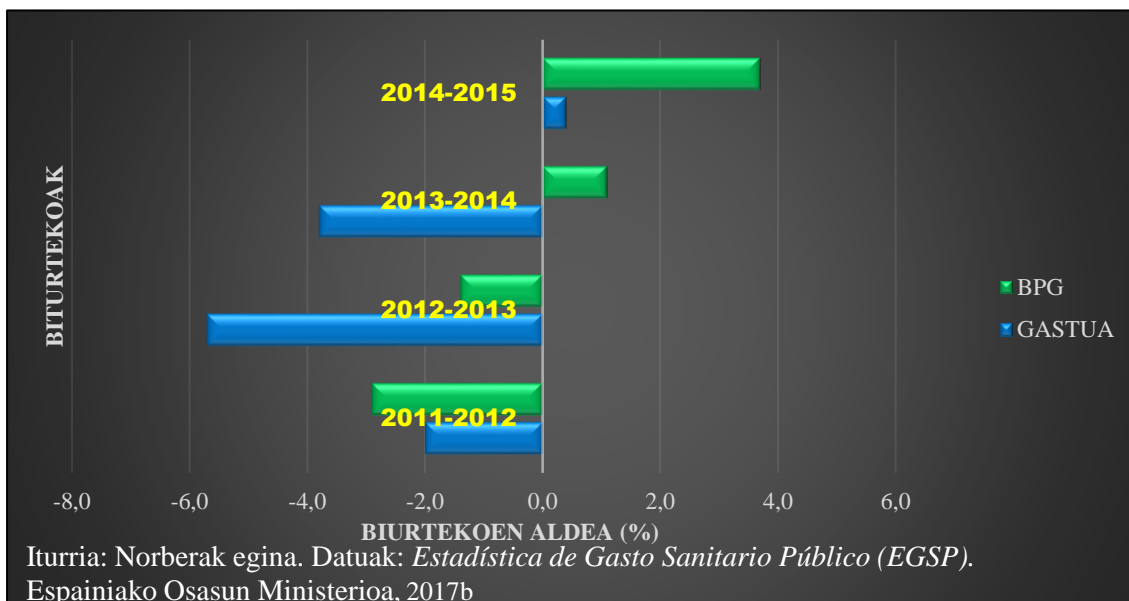
7. Grafikoa: Espainian egindako gastu publikoa osasunean (guztira)



Ageri den bezala, 2002tik 2009ra gorakada jazo zen osasungintzako gastuan, baina honek beherako joera izan du 2010etik. Grafiko hau beraz, aurreko kapituluaren komentatutako gastu publikoa osasungintza BPGrekiko ideiarekin bat datoz. Alegia, gastuak nabarmen behera egin duela, bai eta aurreko urteotako hazkunde joerarekin amaitu dela, eta gaur egun gastua hazi baino, denboran zehar berdintsu mantentzen ari dela.

Barne Produktu Gordinarekiko proportzionaltasunaren ideia bete-betean ezagutzeko, jarraian biurtekoen bilakaera arakatuko da. Kasu honetan Espainiako Estatuan urteetan zehar izan duen hazkunde ekonomikoa (BPG) gastu publikoarekin parekatuko da, ikusteko ea hazkunde horrek (positiboa edo negatiboa) zuzeneko erlazioa duen Estatuaren osasungintza publikoaren gastuan. Eragiketa hau egiteko bi aldagaiak ehunekoetan adieraziko dira:

8. Grafikoa: Gastu publikoa osasungintzan BPGarekiko hazkundera, urtez urte (2011-2015)

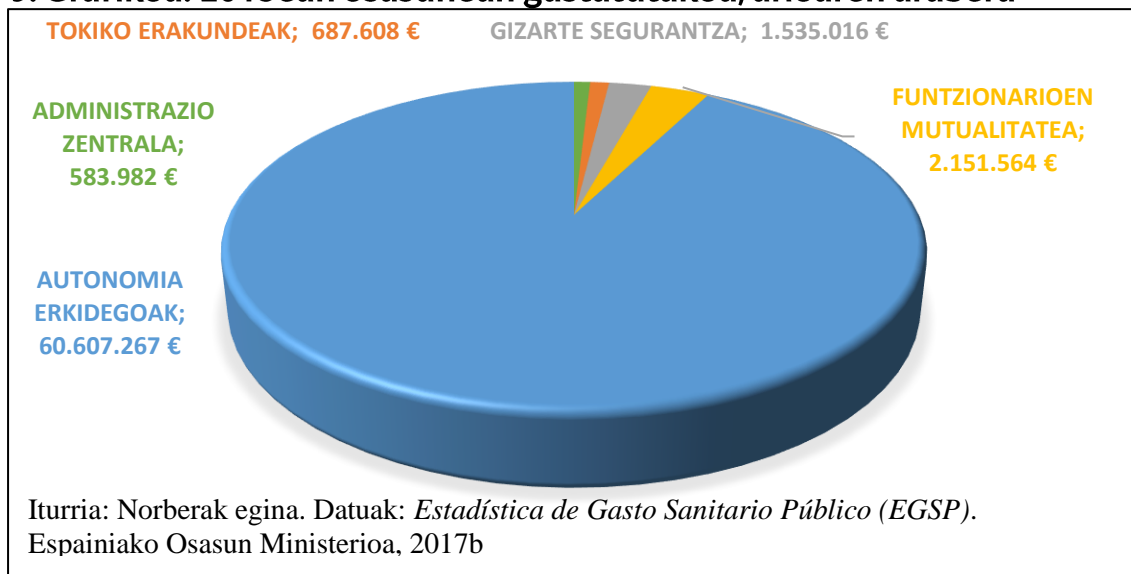


Ikusten den bezala, Estatuak osasungintzan gastatutakoa ez du zerkusirik Barne Produktu Gordineko urtez urteko aldaketarekin. 2011 eta 2012 urteetan zehar gertatu zen harremanik estuena, biek ala biek gutxiagotu baitziren. Aldagai bien arteko aldea % 0,9koa izan zen biurteko horretan. 2013-2014 biurtekoan, bestalde, alderik nabarmena jazo zen BPG eta gastuaren artean, izan ere BPGak % 1,1 hasi zen bitartean osasun-zerbitzu publikoetan egindako gastua % 3,8 jaitsi egin zen (% 4,9ko tartea). Halaber, joera hau daturik berrienen topatu daiteke, 2014-2015 biurtekoan: Garai horretan Barne Produktu Gordina % 3,7 igo bazen ere, gastuak % 0,4 apenas egin zuen gora (% 3,3ko aldea, beraz).

4.3.1.2 Gastu totalaren banaketa

Ondoren komenigarria da zehaztea zertara bideratzen den gastua. Alegia, zein esparrutan gastatu zen 2015ean:

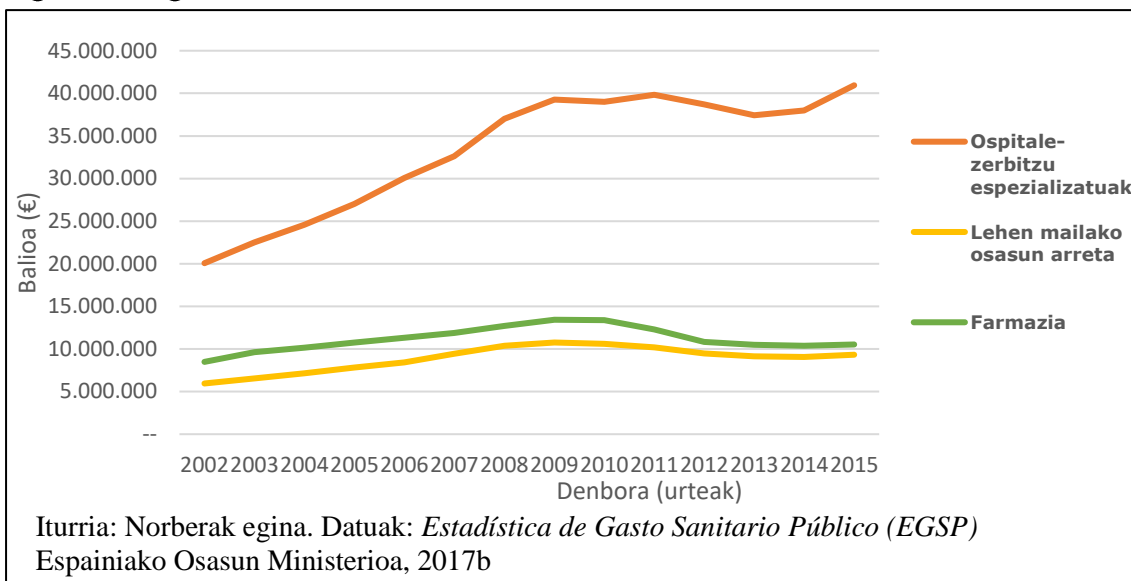
9. Grafikoa: 2015ean osasunean gastatutakoa, arloaren arabera



Ikusten den bezala, osasungintza publikoan 2015ean egindako gastuaren gehiengoa Autonomia Erkidegoek hartu zuten, gastu totalaren %93. Izan ere, entitate hauek herritarrei osasun-zerbitzua eskaintzeko eskumena dute, Espainiako Konstituzioaren 148.21 artikuluaen arabera. Hain zuzen ere, geroago gai horretan zehaztuko da, Espainiako Estatuaren eskualdeen artean alde nabaria baitago. Horrez gain, Gizarte Segurantzak, Tokiko Erakundeak eta Administrazio Zentralak gastu totala osatu zuten.

Ondoren, urtez urte osasun-arloan zenbat gastatu den zehaztuko da kategoriak. Arlo batzuetako datuak (Ospitale-zerbitzu espezializatuak, Lehen mailako arreta eta Farmazia) oso handiak direnez, eta krisian zehar zer gertatu den ondo behatzeko, bi grafiko azaltzen dira jarraian: Batetik, Administrazio publikoak ospitaletan, lehen mailako osasun arretan eta farmazian gastatutakoa islatzen du, eta bigarrenik, gainontzeko arloetan zenbatekoa izan den gastua. Erabaki hau hartu da eskalarekin arazoak ez suertatzeko:

10. Grafikoa: Ospitaletan, farmazian eta lehen mailako arretan egindako gastua, urtez urte

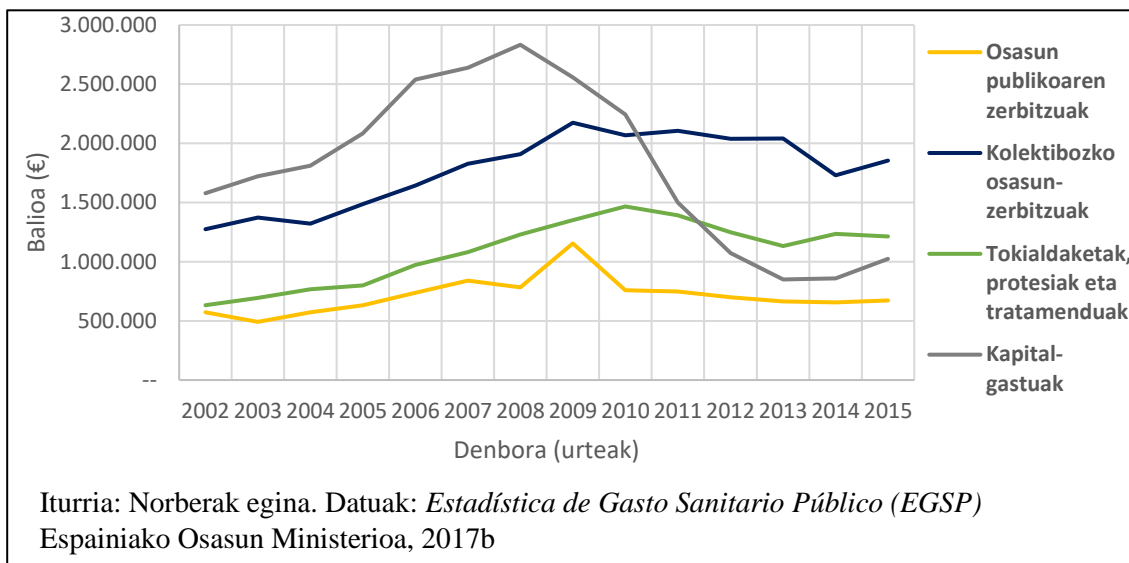


Grafiko honek arestian komentatutako ondorioak islatzen ditu. Hau da, 2002tik 2009ra gastuaren gorakada egon zela osasungintzan oro har, eta baita ospitaletan eta lehen mailako arretan ere, nahiz eta azken sektore honetan hazkundea leunago izan zen.

Ospitale-zerbitzu espezializatuaren gastuak ospitaleetan bertan eta espezialitate-zentroetan egindako gastua barne hartzen du. Azken hauek ospitaleen antzeko lanketa egiten dute, baina jarduera zehatz batzuk burutzen dituzte soilik (kirurgia jakin batzuk, esaterako). Kasu batzuetan, espezialitate-zentroek ospitale batekin harremana zuzena dute, eta aurrekontu komuna, beraz. Hala ere, ezaugarri hau ez da beti suertatzen (Osakidetza, 2012).

Esparru honi dagokionez, krisia Espainiako Estatura ailegatu zenetik, beherakada apur bat erregistratu zen ospitaletan. Hala ere, daturik berrienean topatu daiteke mendeko gasturik altuena. Dena den, 2015eko estatistika denez, ezin da irmoz baieztatu ospitaletan egindako gastu publikoa goranzko joera izan duela berriz ere. Hots, krisialdiari erantzuteko neurriak amaitu direnik sektore honetan. Beste alde batetik, farmazia eta lehen mailako arretari dagokienez, beherakada baino, esan daiteke gastua denboran zehar mantendu egin dela bi sektore hauetan.

11. Grafikoa: Gainontzeko sektoretan egindako gastua, urtez urte



Grafiko honetan, berriz, emaitza ezberdinak topatu daitezke: Aurkezten diren lau aldagaietatik hiruk gastua mantentzen dute: Kolektibozko osasun-zerbitzuak, tokialdaketak, protesiak eta tratamenduak eta osasun publikoaren zerbitzuak. Hala eta guztiz ere, grafikoak eskaintzen duen analisirik deigarriena kapital-gastuen bilakaera da: 2008tik alor honetan egindako ekarpena amildu da, azkeneko bi ekitalditan hazkunde xumea erregistratu bazen ere. Espainiako Osasun-Ministerioak beraren arabera, esparru hau inbertsioei egiten die erreferentzia (Lillo eta Rodríguez, 2017).

4.3.2 Osasun Kontuen Sistema

Lillok eta Rodríguezek Espainiako Osasun Ministerioari egindako txostenean azaltzen dute zertan datzan Osasun Kontuen Sistema:

“Osasun Kontuen Sistema (OKS) Espainian 2005etik egiten den estatistika-eragiketa bat da (...). Hauxe ELGAK argitaratutako *A System of Health Accounts* gidaliburuaren jarraibideekin burutzen da (...). Bi informazio iturri bereizten ditu OKSk: publikoak Osasun Zerbitzuaren Gastu Publikoaren Estatistika aintzat hartzen du; pribatuaren kasuan, Espainiako familiek osasunean gastatzen dutenaren zenbatekoa kontuan hartzen du” (Lillo eta Rodríguez, 2017).

ELGAK berak onartzen du zaila dela estatuen artean konparazioak egitea, batez ere estatu garatuen osasungintza sistemak ezaugarri ezberdinak dituztelako. Hala ere, erakunde horren estatuen artean sailkapena posible egiteko, txostenaren metodologiak hiru galderak erantzuten ditu:

1. Nondik dator dirua? (finantzazioaren iturria)
2. Nora doa dirua? (osasungintza sistemako ondasun eta zerbitzuen horniketa)
3. Zer-nolako zerbitzuak eskaintzen dira, eta zer-nolako zerbitzuak erosten dira?

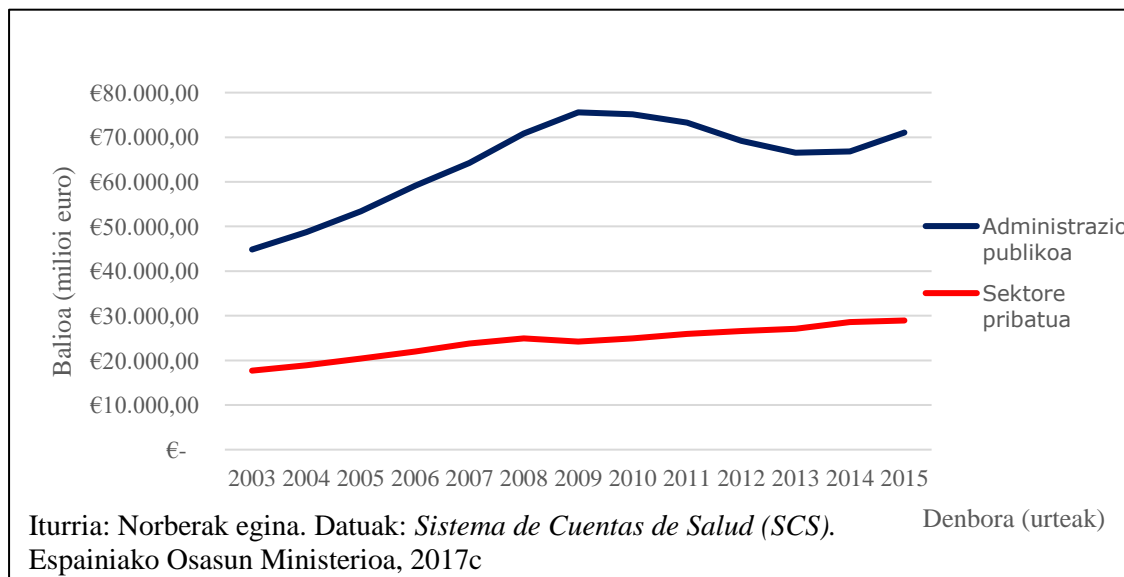
(ELGA, 2000: 12)

Hiru galdera horien erantzunak, hain zuzen ere, ondorengo puntuetan ihardetsiko dira, banan-banan.

4.3.2.1 Nondik dator dirua? (finantzazioaren iturria)

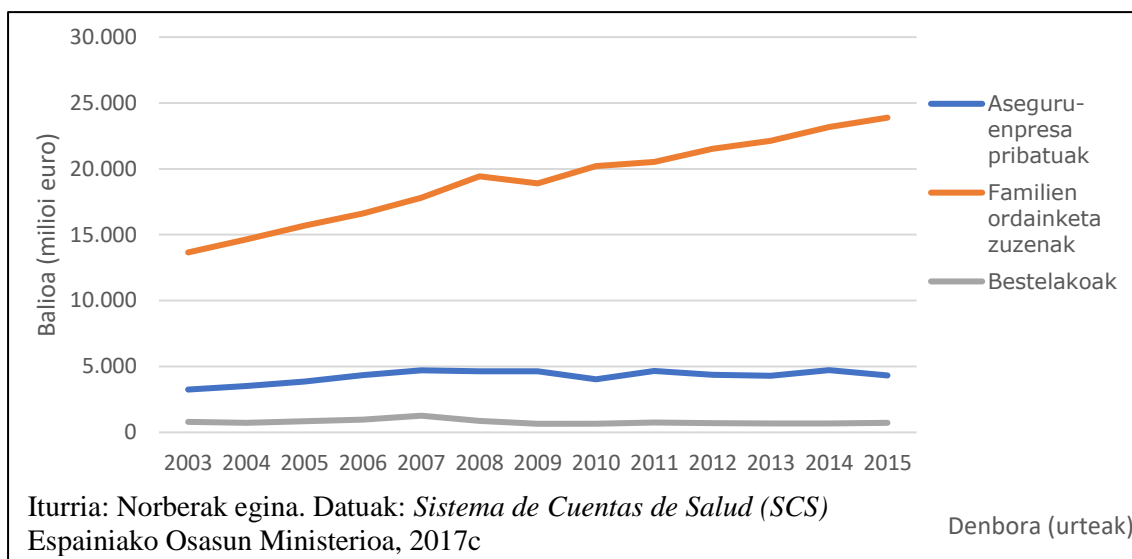
Lehenengo galderak finantzazioaren sorburua nondik datorren galdetzen du. Horretarako, hurrengo grafikoak finantzazioaren iturrien datuak biltzen ditu, ekarpen publikoa eta pribatua bereiziz:

12. Grafikoa: Gastu totala finantzazio agenteen arabera



Beste behin ere antzeman daiteke osasungintza publikoan gastatutako kopuruak behera egin duela krisialdian zehar, baina beste ondorio bat atera daiteke goiko grafikotik. Alegia, sektore publikoaren finantzazioa behera egin duen bitartean, pribatuak mantendu eta pixka bat gora egin duela. Dena den, sektore pribatuaren barruan hainbat finantzazio iturri bereiz daitezke. Beraz, jarraian ekingo zaio xehakapen horri:

13. Grafikoa: Sektore pribatuak gastatutakoa denboran zehar



Grafikoak islatzen duenaren arabera, esan daiteke aseguru-enpresa pribatuen ekarpena mantendu dela 2003tik, baita krisialdian zehar ere, sektore hau ordezkatzen duen marra ia horizontala baita.

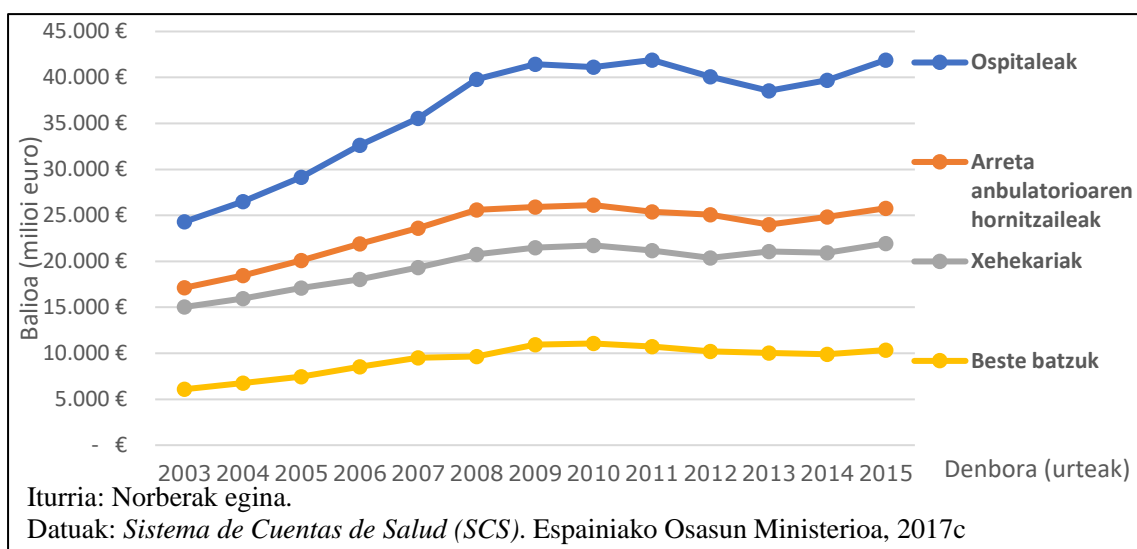
Antzekoa gertatu da "bestelakoak" izeneko kategoriarekin. Hemen bi finantzazio iturri batu dira: irabazi asmorik gabeko instituzioak eta sozietateak. Batuketa hau egin da proportzioa oso txikia delako beste bi kategoriarekin alderatuta.

Halaber, argi antzeman daiteke Espainiako Estatuko familiek gero eta ekarpen handiagoa egiten dutela sektore pribatuaren barruan. Joera hau XXI. mendearen hasieratik dator, baina krisiarekin areagotu egin da: Krisialdiak eztanda egin baino lehen, 2007an, 17.809 milioi euro gastatu zituzten familia espainiarrek; 2015 urteko datuaren arabera, ordea, 23.887 milioi euro gastatu zituzten. 6.078 milioi euro gehiago, beraz.

4.3.2.2 Nora doa dirua? (osasungintza sistemako ondasun eta zerbitzuen horniketa)

Segidan, planteatutako bigarren galdera erantzungo da. Alegia, aipatutako finantzazioa osasun-sistemako zein erakundetan gastatzen den (ospitaletan, lehen mailako atentzioan eta abar). Hurrengo grafikoak estatistika hauek azaltzen ditu:

14. Grafikoa: Osasun gastuaren banaketa arloka

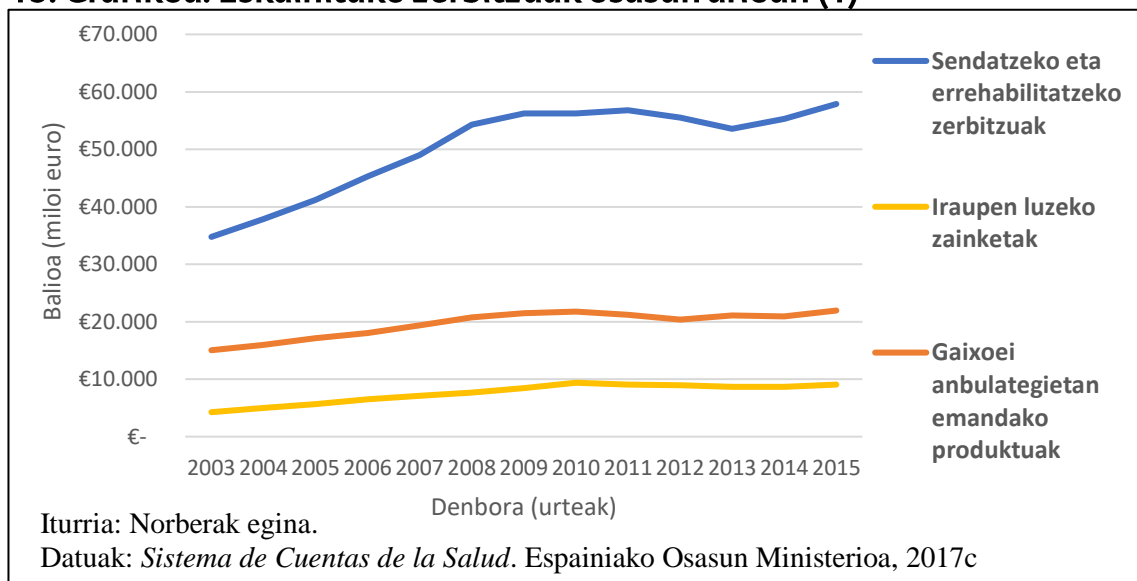


Ikus daitekeen moduan, krisialdian zehar jazotako finantzazio murrizketa Espainiako ospitaletan nabari izan da batez ere, azkeneko datuaren arabera gorakada berriz ere gertatu den arren. Nolanahi ere, lau arlotan 2003tik azaldutako gorakadak geldiarazi du krisiak, nahiz eta esan daitekeen gainontzeko hiru eremuetan gastua oro har mantendu egin den.

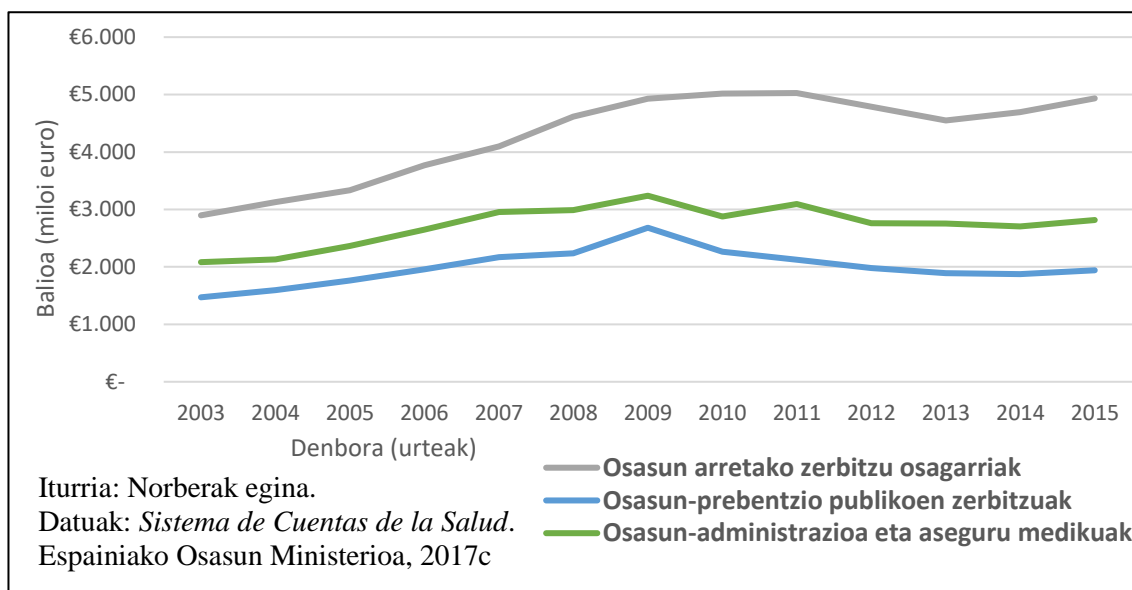
4.3.2.3 Zer-nolako zerbitzuak eskaintzen dira, eta zer-nolako zerbitzuak erosten dira?

Ondoren hirugarren galderari erantzuna emango zaio. Alegia, goiko grafikoan zehaztutako osasun-hornitzaile horiek, zertan gastatzen dute jasotako finantzazioa? Beste modura esanda: zer-nolako zerbitzuak eskaintzen dizkiete egunerokotasunean osasun-hornitzaile publikoek herritarrei? Hurengo bi grafikoetan biltzen da galdera horren erantzuna:

15. Grafikoa: Eskaintako zerbitzuak osasun arloan (1)



16. Grafikoa: Eskainitako zerbitzuak osasun arloan (2)



Grafiko biek ala biek antzeko emaitzak aurkezten dituzte, hau da 2003tik goranzko joera izan duela gastuak sektore guztietan, baina krisiak aspaldiko errealitate horrekin apurtu duela.

Bestalde, oro har gastua esparru guztietan orokorrean mantendu bada ere, zenbait ñabardura topatu daitezke bi kategoriatan, sendatzeko eta errehabilitatzeko zerbitzuetan eta osasun-arretako zerbitzu osagarrietan.

Lehenengo esparruaren kasuan, ospitaletan eskainitako arreta eta errehabilitazio zerbitzuetan, gutxiago da gastua. Konklusio hau aurreko kapituluan aurkeztutako datuekin bat datoz, beraz. Alegia, ospitaletan gastu murrizketak bereziki nabaritu izan direla krisian zehar, eta horien barruan arreta eta errehabilitazio zerbitzuetan.

Osasun-arretako zerbitzu osagarriei dagokienez, gastuaren beherakadak bereziki gaixoen garraioan eta larrialdi zerbitzuetan izan zuen eragina, bereziki 2010 eta 2013 urte bitartean. Ildo honetan, denbora tarte honetan prentsan auzi honen inguruko artikuluak topatu daitezke ere bai. Protesten zergatiak hauek dira: lan ordutegiaren luzapena, soldaten murrizketak eta langile gutxiago lanean egotea.

Horrexegatik sindikatuek eta langileek ohartarazi zuten zerbitzuaren kalitatea maldan behar zihoazela. Elkarretaratzeak eta kexak Espainiako hainbat lekutan jazo ziren, besteak beste Euskal Autonomia Erkidegoan (Goti, 2010) Andaluzian (García, 2012; Diario de Córdoba, 2012), Valentziako Erkidegoan (Alberola, 2012) eta Katalunian (CCMA, 2011; Ara, 2013).

2010-2013 tarte gogorra izan bazen ere anbulantziako langileentzat, 2017an oraindik topatzen dira antzeko aldarrikapenak (Hala Bedi, 2017; Fuentes, 2017; Levante El Mercantil Valenciano, 2017). Hori dela eta,

ondorioztatu daiteke anbulantzien langileekin dauden lan-gatazkak ez direla oraindik konpondu.

4.4 Erkidegoen arteko aldea

Anbulantzien auziarekin aipatu den bezala, protestak ez dira estatu mailan egin. Horren ordez, elkarretaratzeak tokian tokikoak egiten dira, Espainia estatu deszentralizatu baina. Ezaugarri horrek, beraz, zuzen-zuzenean eragiten dio osasungintzari, izan ere, eskumen gutxi batzuk Estatuaren menpe daude, baina gehienak Autonomia Erkidegoei dagozkie.

4.4.1 Gastu publikoa Autonomia Erkidegoetan

Hori dela eta, aurreko atalean egin den bezala, zehaztuko da eskualde bakoitzean zenbat gastatu den. Konparazioa posible izateko, Erkidego bakoitzaren Barne Produktu Gordinaren ehunekoarekin alderatuko da. Datu honez gain, beste bi eskainiko dira jarraian azaltzen den taulan: gastatutako kopurua (milioi eurotan adierazita) eta Erkidego bakoitzak zenbat gastatu duen biztanle bakoitzeko (euro / biztanle bakoitzeko). Lehen egin den bezala daturik berrienak hartu dira, 2015 urtekoak.

3. Taula: Autonomia Erkidegoetan gastatutako kopurua

| Autonomia Erkidegoa | Milioi euro | BPGarekiko % | € biztanle bakoitzeko |
|----------------------------|---------------|--------------|-----------------------|
| Extremadura | 1.639 | 9,5% | 1.501 € |
| Murtzia | 2.159 | 7,8% | 1.475 € |
| Asturias | 1.602 | 7,5% | 1.526 € |
| Gaztela-Mantxa | 2.672 | 7,2% | 1.295 € |
| Galizia | 3.808 | 6,8% | 1.393 € |
| Kantabria | 827 | 6,8% | 1.413 € |
| Gaztela-Leon | 3.581 | 6,7% | 1.445 € |
| Kanariak | 2.745 | 6,7% | 1.291 € |
| Andaluzia | 9.158 | 6,4% | 1.090 € |
| Valentziako Erkidegoa | 6.460 | 6,4% | 1.308 € |
| Aragoi | 1.948 | 5,8% | 1.469 € |
| Errioxa | 434 | 5,5% | 1.384 € |
| Balearrak | 1.442 | 5,3% | 1.281 € |
| Euskal Autonomia Erkidegoa | 3.531 | 5,3% | 1.631 € |
| Nafarroa | 961 | 5,2% | 1.510 € |
| Katalunia | 9.702 | 4,8% | 1.312 € |
| Madrilgo Erkidegoa | 7.938 | 3,9% | 1.243 € |
| GUZTIRA | 60.607 | - | - |
| BATEZBESTEKOAK | 3.565 | 6,3% | 1.386 € |

Iturria: Norberak egin. Datuak: Espainiako Osasun Ministerioa, 2017

Ikusten den bezala, *ahaleginik* handiena egin zuen Autonomia Erkidegoa Extremadura izan zen, BPGarekiko ekarpenik handiena egin baitzuen 2015ean Estatu mailan, %8 baino gehiago gastatu zuen eskualde

bakarra. Bestalde, aipagarria da Katalunia eta Madrilgo Erkidegoaren errealitatea: Termino absolutuetan, Kataluniak egin zuen Estatuko gasturik altuena, 9.702 milioi euro, eta Madrilgo Erkidegoa hirugarrena izan zen sailkapen honetan, 7.938 milioi euro gastatu baitzituen. Hala ere, Barne Produktu Gordinarekin alderatuz gero, eskualde hauek gutxien gastatu zuten Autonomia Erkidegoak dira: Kataluniak BPGren % 4,8 gastatu zuen, eta Madrilgo Erkidegoak % 3,9, besterik ez, Erkidegoetako daturik baxuena. Honek adierazi dezake krisia bereziki gogorra izan dela toki horietan, batez ere kontuan izanda Erkidego hauek Estatuko Barne Produktu Gordinik handiena izan zutelako urte horretan, 2015ean. (Eurostat, 2018).

Horretaz aparte, per capita gastuari erreparatuz gero, somatu daiteke gasturik altuena Euskal Autonomia Erkidegoan eta Nafarroan zegoela (1.631 eta 1.510 milioi euro, hurrenez hurren), eta baxuena, ordea, Andaluzian (1.090 milioi euro).

Segidan sakonduko den bezala, Euskal Autonomia Erkidegoak eta Nafarroak gasturik altuena egiteaz gain, Estatuko osasun-sistematik onenak bi hauek izan ziren 2015ean. Hala ere, finantzazioa ez ezik, bestelako irizpideak aintzat hartu zituzten Osakidetza eta Osasunbidea postu gorenetan kokatzeko. Hortaz, ezin da irmoz baieztatu gastua bakar-bakarrik kudeaketa ona edo txarraren adierazle dela.

4.4.1.1 Gastua Barne Medikuntza irakaskuntzan (BAME)

Jarraian, gastuaren inguruko argazkia borobiltzeko, azalduko da Erkidego bakoitzak espezialisten esparruan zenbat gastatu zuen 2015ean. Horretarako, eskualde bakoitzak Barne Medikuntza irakaskuntzan (BAME) –*Docencia MIR*– gastatutako kopurua definituko da.

Taulan adierazitako zenbatekoek espezialisten formakuntza gastuak hartzen dituzte, nahiz eta BAMEko gastu totalaren % 99 baino gehiago ordainsariak direla, eta gainontzekoa kontsumoa da, beharreko materialak (Espainiako Osasun Ministerioa, 2017a). Zerrendatutako datuak gastuaren totalaren proportzioaren arabera ordenatu dira (portzentajeak Autonomia Erkidego bakoitzaren gastu totalari egiten dio erreferentzia):

4. Taula: BAME delakoan gastatutakoa Autonomia Erkidegoetan

| Autonomia Erkidegoa | Miloi euro | Erkidego bakoitzaren gastuaren ehunekoa |
|----------------------------|--------------|---|
| Madrilgo Erkidegoa | 202 | 5,7% |
| Kantabria | 19 | 4,8% |
| Valentziako Erkidegoa | 115 | 4,6% |
| Andaluzia | 183 | 4,2% |
| Murtziako Eskualdea | 41 | 4,0% |
| Asturias | 29 | 3,8% |
| Galizia | 64 | 3,8% |
| Errioxa | 8 | 3,7% |
| Gaztela eta Leon | 64 | 3,6% |
| Gaztela-Mantxa | 44 | 3,3% |
| Euskal Autonomia Erkidegoa | 61 | 3,3% |
| Balearrak | 21 | 3,1% |
| Kanariak | 42 | 3,1% |
| Extremadura | 24 | 2,9% |
| Nafarroa | 13 | 2,8% |
| Aragoi | 28 | 2,7% |
| Katalunia | 93 | 2,7% |
| GUZTIRA | 1.052 | 3,9% |

Iturria: Norberak egina. Datuak: Espainiako Osasun Ministerioa, 2017

Argi eta garbi baieztatu daiteke BAME irakaskuntzan 2015ean gehien gastatu zuen eskualdea Madrilgo Erkidegoa izan zela: 202 milioi euro gastatu zituen, ekitaldi horren % 5,7; ondoren, Kantabriak aurrekontu osoaren % 4,8 gastatu zuen arlo honetan, nahiz eta termino absolutuetan *soilik* hemeretzi milioi gastatu zituen; Sailkapenaren hurrengo postuetan Valentziako Erkidegoa eta Andaluzia daude, baita zenbaki mardulekin ere: 115 eta 183 miloi euro, eta gastu totalaren % 4,6 eta % 4,2 hurrenez hurren. Murtziako Eskualdearekin batera, jadanik aipatutako eskualdeak aurrekontuko gastu totalaren Estatuko batezbestekoa gainditzen dute (% 3,9); Zerrendaren amaieran, ordea, Katalunia eta Aragoi daude.

Arestian komentatu den moduan, BAME gastuaren gehien-gehiengoak (% 99) osasun-arloaren profesionalentzat zuzenduta dago. Hortaz, eskualde bakoitzeko gastua Administrazioak Erkidego bakoitzean eskaintzen duen tokien artean zatikatuz, jakin daiteke profesionalen ordainsaria zenbatekoa den. Deialdia urtero Estatuko Aldizkari Ofizialean argitaratzen da, eta medikuei, farmazialariei, erizainei bideratuta dago, bai eta psikologian, kimikan, biologian eta fisikan graduatutako unibertsitate ikasle ohiei (BOE, 2014).

5. Taula: BAME toki bakoitzean gastatutako kopurua

| | Kopurua | Tokiak | Gastua toki bakoitzeko |
|----------------------------|---------------|--------|------------------------|
| Gaztela-Mantxa | 44.000.000 € | 197 | 223.350 € |
| Errioxa | 8.000.000 € | 39 | 205.128 € |
| Euskal Autonomia Erkidegoa | 61.000.000 € | 312 | 195.513 € |
| Galizia | 64.000.000 € | 376 | 170.213 € |
| Balearrak | 21.000.000 € | 127 | 165.354 € |
| Andaluzia | 183.000.000 € | 1107 | 165.312 € |
| Kantabria | 19.000.000 € | 116 | 163.793 € |
| Asturias | 29.000.000 € | 180 | 161.111 € |
| Murtziako Eskualdea | 41.000.000 € | 255 | 160.784 € |
| Valentziako Erkidegoa | 115.000.000 € | 734 | 156.676 € |
| Gaztela eta Leon | 64.000.000 € | 429 | 149.184 € |
| Kanariak | 42.000.000 € | 294 | 142.857 € |
| Extremadura | 24.000.000 € | 170 | 141.176 € |
| Madrilgo Erkidegoa | 202.000.000 € | 1492 | 135.389 € |
| Aragoi | 28.000.000 € | 228 | 122.807 € |
| Nafarroa | 13.000.000 € | 124 | 104.839 € |
| Katalunia | 93.000.000 € | 1165 | 79.828 € |

Iturria: Norberak egina. Datuak: Espainiako Osasun Ministerioa, 2017 eta BOE, 2014

Taula honek beste argazki bat erakusten du aurrekoarekin alderatuta: Adibidez, Errioxak zortzi miloi euro gastatu zituen, baina 39 toki eskaini ziren bertan besterik ez. Beraz, bi aldagaien arteko proportzioa oso altua da.

Hala ere, errealitaterik deigarrienak Madrilgo Erkidegokoa eta Kataluniakoa dira: Nahiz eta BAME formakuntzan toki ugari eskaini zituzten, proportzioa oso txikia da, batez ere Kataluniaren kasuan. Beste modu batera esanda: Kataluniako BAME profesionalen soldata baxuena izan zen Espainiako Estatuan, nahiz eta Erkidego horretan mila toki baino gehiago eskaini zituzten (Estatu osoko batezbestekoa 432 leku izan ziren).

Edonola ere, gogoratu beharra dago goiko taulan adierazitako zenbakiek ez direla biribilak. Izan ere, BAME gastuaren % 99 soldatei egiten die erreferentzia, eta ez % 100. Hala ere, Autonomia Erkidegoen arteko aldeak agerian uzteko baliagarria da, datu perfektuak ez badira ere.

4.4.2 16/2012 Errege Dekretuaren aplikazio selektiboa Erkidegoetan

Espainiako Estatuko eskualdeen arteko ezberdintasunak aspalditik ikertu egin dira, osasungintza publikoaren auzia barne. Faktore ekonomikoez gain, bestelako elementuek desberdintasunak bultzatzen dituzte, tartean legeen aplikazioa. Izan ere, batzuetan jazo izan dira Erkidegoen eta Estatuaren administrazioen arteko tirabirak. Izan ere, legeriak batzuetan desadostasunak sortarazten ditu Erkidegoetako eta Estatuko gobernuen artean. Hortaz, lege batzuk ez dira zorrozki martxan

jartzen era berean eskualde guztietan. Horren adibide dugu 16/2012 Errege Dekretuaren aplikazioa.

Hori dela eta, Euskal Herriko Unibertsitateko irakasle batzuek lege horrek eragindako ondorioak analizatu zituzten, Erkidegoen arteko gorabeherak behatzeko. Txostena egiteko, egileek hiru ardatzetan oinarritu zuten euren lana (Bacigalupe et al., 2016: 48):

1. Lege-erreformen aplikazioa, ondorengo auzien arabera:
 - a. Pentsiodunei ordainketa farmazeutikoa ezartzea
 - b. Erregularizatu gabeko pertsonei mugak jartzea osasun-arretan
 - c. Errezeta bakoitzeko euro bat kobratzea
2. Osasun-zerbitzuaren privatizazioa. Bi baldintzak kontuan hartuta:
 - a. Gastu sanitario publikoarekin kontratatutako zentro pribatuak kontratatzea
 - b. Ospitale-oheen arteko proportzioa zentro publiko eta pribatuen artean
3. Finantzazioa eta baliabide sanitarioak, hurrengo hiru irizpideak kontuan hartuta:
 - a. Osasungintzako gastu publiko totala
 - b. Lehen arretako eta arreta espezializatuko langile publikoen tasa (1000 biztanle bakoitzeko)

Aipatutako analisiaren arabera, Euskal Autonomia Erkidegoa da austeritatea gutxien aplikatu duen lurraldea. Horren erakusle garbia da 2008-2013 denboraldian zehar finantzazio publikoa bakar-bakarrik gora egin zuela Autonomia Erkidego honetan. Gainera, Andaluziarekin batera, bi eskualde hauetan 16/2012 Errege Dekretuaren ezarpena mugatua izan zen.

Kontrako argazkia islatzen dute beste hiru Erkidegoek, Madrilek, Errioxak eta Balear Uharteek, bertan austeritatearen aldeko apustua nabaria izan baitzen. Esate baterako, Kantabria eta Extremadurarekin batera bost Erkidego hauek zentro pribatuen kontratazioa lehenetsi zuten, sektore publikoaren kaltetan.

4.4.3 Estatuko osasun sistemarik onenak eta txarrenak

Frogatu den moduan, Espainiako Estatuko Autonomia Erkidegoen arteko desoreka nabaria da. Eta gastuaz aparte, aldagai gehiagok definitzen dute osasun-sistemen funtzionamendua, legeria bezala. Horregatik, baliabideen eskuragarritasuna eta horien probetxua aztertuko da jarraian. Lanketa hau burutzeko *Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública* (FADSP) erakundeak urtero argitaratutako *Los Servicios Sanitarios de las CCAA* txostena aintzat hartuko da.

Azterketa horrek hainbat irizpide erabiltzen ditu Autonomia Erkidegoen osasungintza sistema ebaluatzeko. Jarraiak banan-banan zerrendatzen dira (FADSP, 2016: 4-5):

- Finantzazioa, baliabideak eta funtzionamendua
- Botika-politika
- Herritarren iritzia
- Itxaron zerrendak
- Osasungintzaren pribatizazioa

Parametro horiek kontuan hartuta, FADSP erakundeak Autonomia Erkidegoen zerrenda bat egiten du eskualde bakoitzak lortutako puntuaren arabera, lurraldeen arteko ezberdintasunak aztertzeko. Erkidego batek gehienez lortu dezakeen puntuazioa 106 da, eta gutxienekoa 26.

4.4.3.1 Estatuko osasun sistematik onenak

2011 eta 2016 egindako txostenetatik atera daitezkeen konklusioak antzekoak dira. Izan ere, Autonomia Erkidego berdinek lortu zituzten lehenengo bost postuak:

6. Taula: Espainiako Estatuko osasungintza sistema publikorik onenak (2011-2016)

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 | Nafarroa | Asturias | Nafarroa | Nafarroa | Euskal Autonomia Erkidegoa | Nafarroa |
| 2 | Asturias | Nafarroa | Aragoi | Aragoi | Nafarroa | Aragoi |
| 3 | Gaztela eta Leon | Euskal Autonomia Erkidegoa | Asturias | Euskal Autonomia Erkidegoa | Aragoi | Euskal Autonomia Erkidegoa |
| 4 | Aragoi | Aragoi | Euskal Autonomia Erkidegoa | Asturias | Asturias | Gaztela eta Leon |
| 5 | Euskal Autonomia Erkidegoa | Gaztela eta Leon | Gaztela eta Leon | Gaztela eta Leon | Gaztela eta Leon | Asturias |

Iturria: Norberak egina. Datuak: *Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública*, 2016

Azkeneko txostenaren arabera, 2016koa, Espainiako osasungintza sistematik onena Nafarroakoa da, 2011, 2013 eta 2014 urteetan bezala. Erkidego honek 83 puntu eskuratu zituen txostenaren irizpideak aintzat hartuta. Foru Erkidegoak hainbat arlotan puntuazio altuena lortu zuen 2016an. Esate baterako, 1.000 biztanleko mediku eta erizain gehien duen eskualdea da Estatu mailan, 2,34 eta 2,24 hurrenez hurren. Hortaz, esan daiteke ez dela harrigarria osasun-sistema publikoaren inguruko

gogobetetasunik altuena Nafarroan topatzea ere (hamarretik 7,38 puntu) (FADSP, 2016).

Bestalde, Nafarroaren ondoren hurrengo postuetan dauden Erkidegoek, Aragoik eta Euskal Autonomia Erkidegoak, emaitza berdina lortu zuten 2016an, 82 puntu. Beraz, adierazi daiteke hiru eskualdeen arteko ezberdintasuna oso txikia dela, aurreko bi urteetan bezala.

4.4.3.2 Estatuko osasun sistemarik txarrenak

Jarraian kontrako errealitatea aurkezten da. Alegia, Espainiako osasun-sistemarik txarrenak, arestian aipatutako irizpideen arabera:

7. Taula: Espainiako Estatuko osasungintza sistema publikorik txarrenak (2011-2016)

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|----|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 13 | Murtziako Eskualdea | Katalunia | Gaztela-Mantxa | Madrilgo Erkidegoa | Gaztela-Mantxa | Andaluzia |
| 14 | Galizia | Madrilgo Erkidegoa | Balear Uharteak | Balear Uharteak | Extremadura | Katalunia |
| 15 | Madrilgo Erkidegoa | Murtziako Eskualdea | Murtziako Eskualdea | Murtziako Eskualdea | Katalunia | Murtziako Eskualdea |
| 16 | Kanariak | Kanariak | Kanariak | Kanariak | Valentziako Erkidegoa | Kanariak |
| 17 | Valentziako Erkidegoa | Valentziako Erkidegoa | Valentziako Erkidegoa | Valentziako Erkidegoa | Kanariak | Valentziako Erkidegoa |

Iturria: Norberak egina. Datuak: *Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública*, 2016

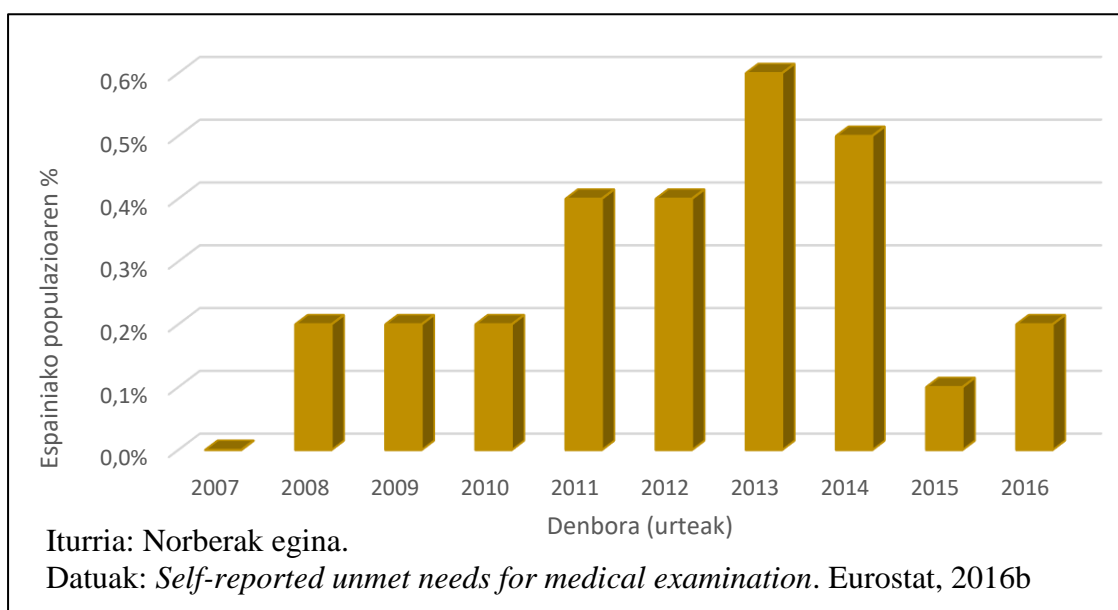
Espainiako Estatuko osasun-sistema publiko txarrenei dagokienez, argi eta garbi somatu daiteke sistemarik kaskarrenak Valentziako Erkidegokoa eta Kanarietakoak direla, 2011 eta 2016 bitartean biek azkeneko postuak lortu zituzten eta. 2016ko txostenean 46 puntu lortu zituen Valentziako Erkidegoak, eta Kanariak hiru puntu gehiago, 49. Ildo honetan, uhartediko herritarrek, adibidez, baloraziorik baxuena eman zioten beraien osasun-sistemari: 5,8 puntu hamar posibletatik (FADSP, 2016).

Murtziako Eskualdearen eta Kataluniaren kasuan, halaber, 55 puntu lortu zituen bakoitzak 2016an. Horren arabera, Estatuko osasun-sistemarik kaskarretarikoak izan ziren.

4.5 Austeritatearen eragina osasunean

Atal honek aztertuko du zer-nolako ondorioak utzi dituen gastuaren beherakadak Espainiako herritarren egunerokotasunean. Horretarako, eta auzi honen inguruko lehen argazki bat eskaintzeko, Eurostateko galdeketa baten emaitzak aurkeztuko dira. Inkesta horretan aztertzen zuten ea parte-hartzaileek sendatu gabeko osasun arazo batekin bizi ote ziren, eta horren zergatia. Jarraian, azaltzen dira "kostu altuagatik" erantzun zuten inkestatuen estatistikak (Eurostat, 2016b):

18. Grafikoa: Asetu gabeko medikuntza-beharrak kostua dela eta (Espainiako populazioaren ehunekoetan)



Eurostateko datuen arabera, esan daiteke hainbat etapa bereiz daitezkeela: Batetik, krisialdia hasi baino lehen, 2007an, inork ez zuen aitortu tratamendurik jaso ez izana garestia zelako (% 0); Krisiaren lehenengo hiru urtekoan (2008-2010), estatistika berdin berdina izan zen. Garai hartan, Espainiako biztanleriaren % 0,2k asetu gabeko medikuntza-beharrak izan zituen arrazoi ekonomikoengatik; Hurrengo bi urteetan, ordea, ehunekoa bikoiztu egin zen (% 0,4). Era berean, 2013ko errealitateak goranzko bide bera jarraitu zuen, eta krisialdiaren zenbateko altuenera iritsi zen (% 0,6). 16/2012 Errege Dekretuak gorakada horren zuzeneko harremana izan daiteke, erregularizatu gabeko etorkinak osasun-sistematik kanpo utzi zituelako lege horrek; Hala ere, azkeneko urteotan, asetu gabeko medikuntza-beharren ehunekoak nabarmenki egin du behera, eta 2008, 2009 eta 2010 urteotako datu berdinak jaso baitziren 2016an.

Jarraian, krisialdiaren bilakaerak eragindako ondorioei erreparatuko zaie. Lanketa hau burutzeko, bi gaitzen berri emango dira: osasun-mentalean suertatutako arazoak eta dieta ez osasungarriak jarraitzen duten pertsonen artean utzitako problemak. Beraz, lehenengo arazoak osasun psikologikoari egiten dio erreferentzia, eta bigarrenak, fisikoari.

4.5.1 Osasun mentala

Lehenik eta behin, buruko gaitzak arakatuko dira. Ildo honetan, Urbanos-Garrido eta López Valcárcel unibertsitate irakasleek gidatutako ikerketa baten arabera (2015), lanik gabe egoteak osasun mentalari kalte egiten dio, batez ere denbora luzean egon diren lagunen artean. Langabeek pairatzen duten arazo psikologiko nagusiak antsietatea eta estresa dira. Ikerketaren arabera, inor denbora luzeagoa langabezian egonez gero, pertsona horrek arrisku handiagoa du haren osasun mentala kaltetzeko.

Beste ikerketa batzuek, halaber, antzeko konklusioak eskaintzen dituzte. Izan ere, Segurak (2014) frogatu zuen krisiak osasun fisikoa baino, osasun mentala kaltetu zuela herritarren artean (Segura, 2014; hemen aipatuta: Urbanos-Garrido eta López Valcárcel, 2015). Ildo berean, Rivadeneyrak et al.ek (2014) alderatu zuten egungo krisialdiaren osasun-efektuak beste krisi batzuekin. Emaitzek diote krisialdi guztietan efektu "unibertsalak" daudela pertsonen osasunean, eta suizidioen gorakada jartzen dute adibidetzat (Rivadeneyra et al., 2014; hemen aipatuta: Urbanos-Garrido eta López Valcárcel, 2015)

Hipotesi hau baieztatzen da ELGAko estatistikak aintzat hartuta: erakunde supranazionalaren arabera, suizidioen hilkortasun tasa 6,6koa izan zen krisia baino lehen, 2004ean (ELGA, 2007); hamar urte geroago, ordea, tasa 7,6koa zen (ELGA, 2017). Hots, puntu bat igo da suizidio-tasa krisian zehar. Hala eta guztiz ere, ez dirudi krisia *soilik* suizidio horien erantzule zuzena izan zenik. Izan ere, XXI. mendean zehar suizidio-tasen igoera goranzko joera izan du, baita krisia bera hasi baino lehen.

4.5.2 Elikadura

Austeritate politikek bultzatutako egungo egoera Espainiako Estatuan ez da Espainiako Gerra Zibilaren gerraostearen parekoa. Izan ere, krisialdiak ez du erabat geldiarazi elikagaien hornikuntza, dendetan eta supermerkatuetan salgai segitzen baitute giza kontsumorako produktuak. Dena den, krisiak eztanda egin zuenetik milaka herritarrek zailtasunak izan dituzte elikagaiak erosteko eta kontsumitzeko.

Hainbat arrazoi daude horren atzean, tartean lanpostua galdu izana, soldata kopurua gutxitzea eta lan baldintzak okerrera egitea.

Agertoki honetan Gracia-Arnaizek (2015) aipatzen du krisialdian zehar Estatuko elikagai banku batzuk jendez gainezka egon direla, gero eta herritar gehiago laguntza eske joan dira eta. Kolapso honek, halaber, norberak elikatzeko beste bide batzuk sustatu ditu: edukiontzietan jakiak bilatzea, baratzak martxan jartzea, soberan dagoen janaria birziklatzea, eskaletasuna eta ebasketak.

Era berean, gogora ekarri behar da Espainiako Estatuaren politika fiskala ez dagoela bideratuta desoreka sozialari aurre egiteko, Oxfam Gobernuz Kanpoko Erakundeak (Sánchez, 2015) eta ELGAK (Valero, 2015) ohartarazi zuten bezala. Osasungintzan antzekoa gertatzen da halaber, 16/2012 Lege Dekretuarekin. Esate baterako egora irregularrean dauden etorkin gaixo terminalekin, HIESA adibidez (Ayala et al., 2015).

Testuinguru polarizatu honek bete-betean eragiten dio gizarte espainiarraren dietari (Gracia-Arnaiz, 2015). Esate baterako, klase altuko eta ertaineko familiek haragi gehiago kontsumitzen dute klase baxuko familiek baino. Era berean, familia xumeek dirudunek baino zereal, arraultza eta egoskari gehiago kontsumitzen dituzte. Honek argi eta garbi frogatzen du krisian zehar prezioak berebiziko garrantzia izan duela klase baxuko erosketa otarrean. Izan ere, produktu horiek merkeagoak dira, bai eta BEZ bera ere.

Ildo honetan, dieta ez ezik, beste ondorio bat utzi du krisiak elikaduraren ikuspuntutik: obesitatea. Antentasek eta Vivasek (2014) egindako ikerketan ohartarazten dute bereziki familia pobreenak bizi duten egoera. Izan ere, diru-sarrera eskasa dela eta, familia xumeenak saiatzen dira ahalik eta gehien aurrezten, bereziki fruta eta barazkien kontsumoa gutxiagotuz. Honetaz aparte, ariketa fisikoaren beherakada gizartearen sektore honetan nabari da batez ere. Umeek bereziki pairatzen dute egoera hau, hazten ari baitira. Hortaz, arazo hau epe luzerako gaitza bihurtu daiteke.

4.6 Pribatizazioaren esperientzia Espainiako Estatuan

Frogatu den moduan, osasunari zuzen-zuzenean eragiten dio egoera ekonomikoak. Hala eta guztiz ere, Espainiako Estatuko ekonomia bide onean zegoenean topatzen da osasun-sistema pribatizatzearen lehen saiakera, 1997an. Esperimentu horri "Alzira eredu" izena jarri zion Estatuko prentsak, Valentziako Erkidego udalerrri horretan eraiki zuten eta.

Hain zuzen ere, atal honetan horixe erreparatuko zaio lehenengo zatian: ospitale horren kudeaketaren eskarmentua. Ondoren, krisiaren testuinguruan bertan jazotako beste pribatizazio prozesu bat arakatuko da, Madrilgo Erkidegokoa.

4.6.1 Estatuko aitzindaria: Alzira ereduak

Alzira udalerriko Ribera Unibertsitate Ospitalea kudeaketa pribatuko lehen ospitale publikoa izan zen Estatu mailan (Benito, Montesinos eta Bastida, 2008; hemen aipatuta: Acerete, Stafford eta Stapleton, 2014). Antolaketa hori aurrera eramateko Ribera Salud enpresa sortu zuten, kudeaketa elkarte honen esku egongo baitzen.

Toni Martinez kazetariaren arabera (La Sexta, 2013), garai hartako Valentziako Erkidegoko Generalitateak 204 euroko kanona ezarri zion enpresari, Ribera Alta eskualdeko biztanle bakoitzeko (230.000 lagun). Hau da, Valentziako Erkidegoko Gobernuak urtero 47 milioi euro ordaindu behar zizkion enpresa horri.

Hala eta guztiz ere eta aipatutako kazetariaren arabera, Ribera Salud enpresak 900.000 euroko galerak izan zituen lehenengo urtean, bai eta beste 450.000 euro bigarrean. Hirugarrenean, halaber, 2.600.000 euroko galerak izan zituen enpresa emakidadunak, eta egoera horrek Valentziako Erkidegoko Generalitatearen erreskatea eragin zuen, 43,9 milioi euroren bidez (El País, 2002). Horren ondorioz, Gobernu horrek beste lehiaketa publiko bat egin zuen, eta berriro ere enpresa berdinari esleitu zion eskaintza hura. Kasu horretan, 379 euroko kanona ezarri zen, beraz 87 milioi euro jaso zituen Ribera Salud enpresak (La Sexta, 2013).

Ilido berean, *Alzira ereduak* hainbat arrazoiengatik zalaparta handia sortu zuen, herritarren zein politikarien artean. Besteak beste:

- Ospitaleko kontuen gardentasun eza (Prats, 2001; Ferrandis, 2002)
- Irregularitasunak ospitaleko langileekin (Prats, 2000; Espanya, 2003)
- Gainkostuak (Pardo, 2016; 20 Minutos, 2018, Nueva Tribuna, 2018)
- Baliabide murrizak eta zerbitzuen kalitate kaskarra (20 Minutos, 2016; 20 Minutos, 2017)
- Osasun-sistemako profesionalen kritikak (El País, 2003)

Trescolik, Marinek eta De La Rosak (2009) egindako ikerketa batean aipatzen zuten zenbateko hori (379 euro) goranzko joera izan zuela. Zehazki 2003tik 2008ra kopuru horrek %50eko gorakada izan zuen:

8. Taula: Ribera Unibertsitate Ospitaleari ezarritako kanona, urtez urte (2003-2008)

| Urtea | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|------------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Kanona (eurotan) | 379 | 413,1 | 454,8 | 494,7 | 535,3 | 571,9 |

Iturria: Norberak egina. Datuak: Trescoli, Marin eta De La Rosa, 2009

Lanketa bereran, Trescolik, Marinek eta De La Rosak (2009) zehaztu zuten galdetutako gaixoen % 90 baino gehiago ospitalearen zerbitzuarekin pozik zegoela. Hala ere, inkesta horren parte hartzaileen %80k ez zuten ospitalearen kudeaketa ereduaren berririk. Hortaz, ezin daiteke irmotasunez baieztatu Alzirako ospitaleak asebetetze handiagoa lortzen duela ospitale publikoek baino. Sánchezek, Abellánek eta Olivak (2014) antzeko emaitza aurkeztu zuten beste lan batean. Hau da, osasunaren ikuspuntutik gaixoen asetzea berdintsua bada ere, finantzazioaren ikuspegitik garestiagoa izan daitekeela administrazio publikoarentzat., esate baterako lehen mailako arretan (Puig, 2004; hemen aipatuta: Sánchez; Abellán eta Oliva, 2014).

Aipatutako liskarrak alde batera utzita, Valentziako Erkidegoko Generalitatearen Gobernu berriak 2017an iragarri zuen Ribera Unibertsitate Ospitalearen itzulera kudeaketa publikora (Lourido, 2017). Ribera Salud enpresak Valentziako Generalitatearen kontrako 48 errekurtsioekin erantzun zuen, auzitegietan geldiarazteko asmoarekin (Navarro, 2017). Justiziak, ordea, helegite horiek atzera bota zituen. Hori dela eta, 2018ko apirilaren 1etik aurrera, ospitale honen kudeaketa zuzenean izan da publikoa (Público, 2018).

4.6.2 Ospitaleen privatizazioa Madrilgo Erkidegoan

Alzirako ospitalea osasungintza publikoa privatizatzearen lehen urratsa izan bazen ere, ez da azkena izan Espainiako Estatuan. Izan ere, Madrilgo Erkidegoan antzeko erabakia hartu zuten. Eskualde honetan, ordea, ez zen ospitale bakar batekin egin. Vaamonde et al.en arabera (2014), Madrilgo Erkidegoan *Private finance initiative* (PFI) eredu aplikatzea erabaki zuten, alegia agente publiko eta pribatuen arteko lankidetzat mota bat.

Metodo honen bidez, administrazio publikoak sektore pribatura jotzen du, enpresek azpiegiturak egin eta kudeatu dezaten, normalean bi edo hiru hamarkadetan. Horren truke, esleitutako enpresak hasierako kostuei aurre egin behar die. Ondoren, azpiegitura publikoari zabaltzen da, eta administrazioak urtean behin enpresa pribatuari ordainketa egiten dio (kanon moduko bat), burututako kudeaketatik (Investopedia, 2018).

Eredu hau batez ere Erresuma Batuan erabiltzen dute. Bertako ekonomista batzuek sistema honen kontra azaldu dira, izan ere administrazioa zorpetzen ari da eredu honekin. Hona hemen Sally Ruane ekonomialariak egindako hausnarketa, Vaamonde et al.-en jasotako liburuan (2014):

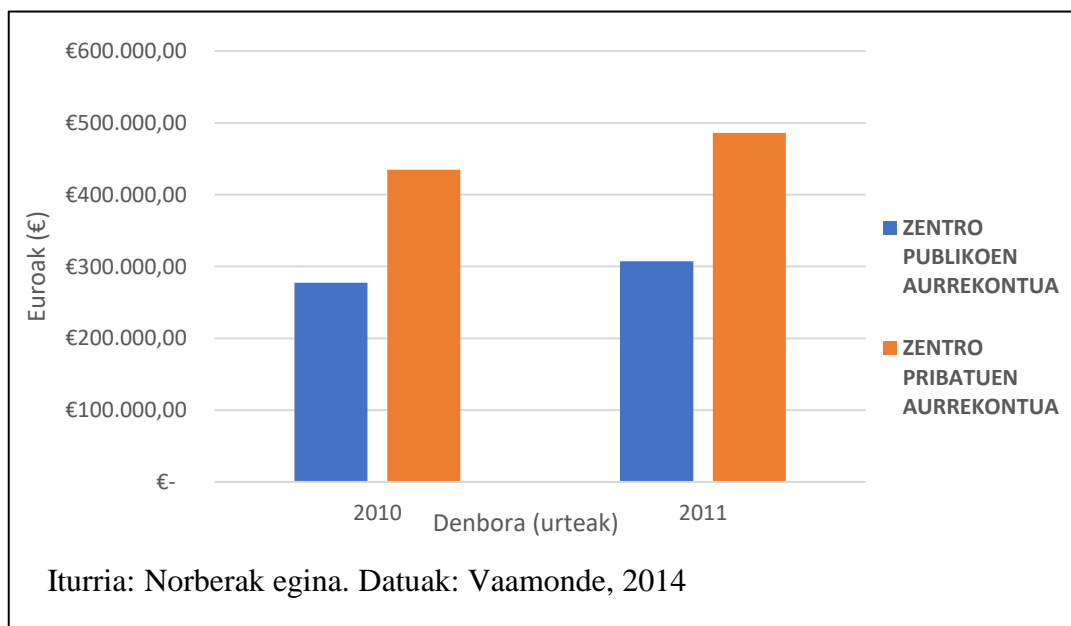
Eredu honek milioi askoko zorra utzi ditu administrazio publiko britaniarrean. Kalkuluen arabera, ospitale bakoitzaren eraikuntzaren kostua hirukoizten du PFI sistemak eredu tradizionalarekin alderatuta. Ospitaleak garestiagoak dira, lan baldintzak askoz txarragoak dira, lanpostuak gutxitu dituzte eta gizarteak zerbitzu gutxiago ditu eskura. Privatizazioak sorospenaren kalitatea murrizten du, beraz.

(Vaamonde et al., 2014)

Madrilgo Erkidegoaren kasuan, erabaki zuten zazpi ospitale eraikitzea sistema horrekin. Vaamondek (2014) aipatzen duenez, zentro horiek egiteko aurreikusitako gastua 701 milioi eurokoa zen, baina erkidego horretako administrazioak 761,3 milioi euro ordaindu zien enpresei. Gainera, geroago, enpresa pribatuek 80 milioi euro gehiago kobratzea eskatu zioten Madrilgo Erkidegoko Gobernuari, bai eta urteko kanona 9,2 milioi eurotara igotzea (Sevillano, 2011).

Ildo berean, Vaamondek (2014) frogatu egiten du PFI ereduaren bidez administrazio publikoak ez duela ezer aurrezten, kontrakoa baizik. Alegia, kudeaketa pribatua publikoa baino garestiagoa dela. Ideia hau argi geratzen da 2010 eta 2011 urteetako aurrekontuak alderatuz, hain zuzen ere ospitaletako ohe bakoitzean zenbat gastatu den erreparatuz, ospitale publiko eta pribatuetan:

19. Grafikoa: Madrilgo Erkidegoan osasungintzan gastatutakoa, zentro publikoetan eta pribatuetan (2010-2011)



Datuak dena dela, Madrilgo Erkidegoko bi presidentek PFI eredu defendatu zuten. Hasiera batean, Esperanza Aguirrek diskurtso hau babestu zuen (Telemadrid, 2012), eta geroago Ignacio Gonzálezek (Cuatro, 2012). Hala eta guztiz ere, Madrilgo Erkidegoko Auzitegi Nagusiak privatizazioak bertan behera uzteko agindu zion Autonomia Erkidegoaren gobernu horri, eta Gonzálezek berak bete zuen exijentzia hau (20 Minutos, 2014).

Atal honetan azaldu den bezala, Alziran eraikitako ospitalea bakar-bakarrik bideragarria da baldin eta urtero ezarritako kanona gero eta gehiago puzten bada, eta zenbateko horren erantzule, noski, Administrazio Publiko bera da. Ospitale publikoak Madrilgo Erkidegoan privatizatzea beste porrot bat izan zen Administrazio autonomiko horretarako.

5. ONDORIOAK

Espainiak oso diru gutxi biltzen du zergen bitartez inguruko Estatu garatuekin alderatuta. Horrek zuzenean eragiten dio Espainiako aurrekontuari, zerbitzu publikoak finantzatzeko funtsezkoa baita diru hori lortzea. Osasun-sistema ez dago testuinguru honetatik at, eta krisia Espainian azaldu zenean bete-betean eragin zion osasungintza publikoari. Agertoki honetan, Espainiako Gobernuak proposatutako neurriak gastua murrizteari bideratu dira.

Ildo honetan, gastu publikoa Barne Produktu Gordinarekiko aldagaiak argi erakusten du krisiaren aurreko gorakada eten egin zuela, eta gastu hau denboran zehar berdintsua dela, Estatuaren BPG nominala hazten den bitartean. Gainera, argi frogatu da administrazio publikoak gutxiago gastatzen badu, familiek hutsune hori bete behar dutela, eta baita joera hau ere denboran zehar mantentzen ari dela.

Beraz, austeritate politiken bidez inposatu nahi den diskurtsoa ekonomia neoliberala ezartzean datza. Esan daiteke, hortaz, krisialdia aitzakiatzat (edo tresnatzat) hartu dutela politikari eta ekonomialari neoliberalak beraien joera ideologikoa abian jartzeko.

Gastu publikoaren gutxitzeak bereziki nabaritu egin da Estatu ospitale publikoetan. Hain zuzen ere, sendatzeko eta errehabilitatzeko zerbitzuetan eta inbertsioak dezente gutxitu dira. Edonola ere, osasun-sistemak pairatu duen gainbehera ez da homogenea izan Estatu osoan. Izan ere, eskualde bakoitzak erabaki indibidualak egiteko marjina du. Hori dela eta, Autonomia Erkidego batzuetan malguagoak izan dira austeritate neurriak aurrera eramaten besteak baino. Euskal Autonomia Erkidegoan, esate baterako, neurri aplikatu zuten 16/2012 Errege Dekretua, eta Osakidetza kudeatzen duen sistema Estatu onenen artean dago. Beraz, austeritateak ez dio mesederik egiten gaixoei, euren atentzioa kaskarragoa delako, azpiegiturak kaskarragoak baitira. Aldi berean baliabide txarragoak izatea osasun sektoreko langileentzat kaltegarria da.

Neoliberalismoaren defendatzaileek argudiatzen dute osasun-sistema pribatizatzeak (partzialki bada ere) diru dezente aurreztaraziko liokeela aurrekontu publikoari. Hala eta guztiz ere, lanketa honetan argi geratu da baieztapen hori ez dela egia, eta gainera kontrako efektua dakarrela. Madrilgo eta Valentziako Erkidegoetan esperimentu horren porrota agerian utzi du.

Pribatizazioa martxan jartzea, halaber, oso zaila da Zuzenbidearen ikuspegitik. Izan ere, nazioarteko dokumentuetan zehaztutako jarraibideen kontra egiten du, baina baita Espainiako Konstituzioaren kontra ere bai. Lanean azaldu den moduan, bide mardula egin du gizarte espainiarrak osasungintza publikoa eskuratzeko. Azken urteotan, baina, Estatuko gobernuak hartutako erabakiak osasun-sistema publikoa kolokan jarri dute.

Gaixoak eta osasungintzako profesionalei dagokienez, murrizketak egunerokotasunean antzeman dira Espainian. Izan ere, biztanleriaren osasunak okerrera egin du austeritatearen eraginagatik. Gaitz horiek fisikoak eta psikologikoak izan dira. Horien artean obesitatea eta estresa nagusitu dira populazioaren sektore batean.

Espainiako Estatuko osasungintza publikoa ez da prekariora. Izan ere, bertan lan egiten duten profesionalek formakuntza aproposa dute, eta baliabideak egokiak dituzte haien esku euren lana burutzeko. Hala ere, sektore honetan somatzen den gabezia finantzazioa da, gastu publikoan egindako murrizketak direla eta. Auzi honi konponbidea emateko, beraz, finantzazio bide berriak topatzea beharrezkoa da, zerbitzuaren kalitatea berma dezala. Ildo honetan, Estatu espainiarreko administrazio publikoak hausnarketa sakon bat egin beharko luke politika fiskalaren inguruan. Izan ere, arreta sanitario publikoaren jarraitutasuna eta garapena politika ekonomiko honen menpe baitago.

Bestalde, Espainiako ekonomia hazten ari da, BPGak erakusten duen moduan. Jazoera honek, berriz, ez du zuzeneko eragina izan osasungintzaren hobekuntzan, eta krisian zehar gertatutako arazoak kronikoak bihurtu daitezke. Hortaz, Administrazio publikoak behin betikotasunez sendatu behar du osasun-sistema pairatzen dituen gaitzengatik.

6. BIBLIOGRAFIA

20 Minutos (2010). *El Gobierno hará un recorte adicional del déficit de 5.000 millones para este año*, eskuragarri hemen:

<https://www.20minutos.es/noticia/701510/0/salgado/recorte/deficit/>

[Kontsulta eguna: 2018/01/26].

___ (2014). *Ignacio González paraliza la privatización sanitaria en Madrid tras la decisión del TSJM*, eskuragarri hemen:

<https://www.20minutos.es/noticia/2041332/0/ignacio-gonzalez/paraliza/privatizacion-sanitaria/>

[Kontsulta eguna: 2018/03/23].

___ (2016). *Compromís denuncia "el trato inhumano" a pacientes del servicio de ambulancias para diálisis del Hospital de la Ribera*, eskuragarri hemen:

<https://www.20minutos.es/noticia/2650124/0/compromis-denuncia-trato-inhumano-pacientes-servicio-ambulancias-para-dialisis-hospital-ribera/#xtor=AD-15&xts=467263>

[Kontsulta eguna: 2018/03/18].

___ (2017). *Dimite la jefa de Urgencias de La Ribera por falta de recursos y la situación "caótica" del servicio, según SIMAP*, eskuragarri hemen:

<https://www.20minutos.es/noticia/2938314/0/dimite-jefa-urgencias-ribera-por-falta-recursos-situacion-caotica-servicio-segun-simap/#xtor=AD-15&xts=467263>

[Kontsulta eguna: 2018/03/19].

___ (2018). *SIMAP cifra en unos 65 millones de euros el sobrecoste del modelo Alzira en 2015 y 2016*, eskuragarri hemen:

<https://www.20minutos.es/noticia/3279671/0/simap-cifra-65-millones-euros-sobrecoste-modelo-alzira-2015-2016/#xtor=AD-15&xts=467263>

[Kontsulta eguna: 2018/03/19].

Acerete, Basilio; Stafford, Anne eta Stapleton, Pamela (2011). "Spanish healthcare public private partnerships: The 'Alzira Model'". *Critical Perspectives on Accounting* [On-line], 22, 533-549, eskuragarri hemen:

<https://doi.org/10.1016/j.cpa.2011.06.004> [Kontsulta eguna: 2018/04/12].

Alberola, David (2017). *Los trabajadores de las ambulancias de Sanidad proyectan movilizaciones para exigir mejores cláusulas sociales en la licitación del servicio que está en marcha*, [On-line], eskuragarri hemen:

http://www.ondacero.es/emisoras/comunidad-valenciana/elche/trabajadores-ambulancias-sanidad-proyectan-movilizaciones-exigir-mejores-clausulas-sociales-licitacion-servicio-que-esta-marcha_2017050259083e9b0cf2ea95b03c71fb.html [Kontsulta eguna: 2018/03/17].

Alcántara, Manuel eta Martínez, Antonia (1997). *Política y Gobierno en España*. Bigarren edizioa. Valentzia: Tirant lo Blanch.

Antentas, Josep Maria eta Vivas, Esther (2014). "Impacto de la crisis en el derecho a una alimentación sana y saludable. Informe SESPAS 2014". *Gaceta Sanitaria*, 28, 58-61.

Ara (2013). *El sector de les ambulàncies comença aquest dilluns una vaga de quatre dies*, eskuragarri hemen:

https://www.ara.cat/societat/ambulancies-vaga_0_989901128.html

[Kontsulta eguna: 2018/03/23].

Ayala et al. (2015). *2º Informe sobre la desigualdad en España*. Madril: Los Libros de la Catarata.

Bacigalupe, Amaia et al. (2016). "Austeridad y privatización sanitaria en época de crisis: ¿existen diferencias entre las comunidades autónomas?" *Gaceta Sanitaria*, 30, 47-51.

Benito, Bernardino; Montesinos, Vicente eta Bastida, Francisco (2008). "An example of creative accounting in public sector". *Critical Perspectives on Accounting* [On-line], 19, 963-986, eskuragarri hemen:

<https://doi.org/10.1016/j.cpa.2007.08.002> [Kontsulta eguna: 2018/04/11].

BOE (1978). *Espainiako Konstituzioa*, eskuragarri hemen:

<https://www.boe.es/legislacion/documentos/ConstitucionEUSKERA.pdf>

[Kontsulta eguna: 2018/03/14].

___ (1980). *INSTRUMENTO de Ratificación, de 29 de abril de 1980, de la Carta Social Europea hecha en Turín el 18 de octubre de 1961*, eskuragarri hemen:

<https://www.boe.es/boe/dias/1980/06/26/pdfs/A14533-14540.pdf>

[Kontsulta eguna: 2018/03/11].

___ (2012a). *2/2012 Lege Organikoa, apirilaren 27koa, Aurrekontu*

Egonkortasunari eta Finantza Iraunkortasunari buruzkoa, eskuragarri

hemen: https://www.boe.es/boe_euskera/dias/2012/04/30/pdfs/BOE-A-2012-5730-E.pdf [Kontsulta eguna: 2018/02/11].

___ (2012b). *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*, eskuragarri hemen:

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2012-5403> [Kontsulta

eguna: 2018/02/14].

___ (2014). *Orden SSI/1674/2014, de 10 de septiembre, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2014 para el acceso en el año 2015, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Enfermeros y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física*, eskuragarri hemen: <http://www.boe.es/boe/dias/2014/09/17/pdfs/BOE-A-2014-9474.pdf> [Kontsulta eguna: 2018/03/17].

___ (2016). *Pleno. Sentencia 139/2016, de 21 de julio de 2016. Recurso de inconstitucionalidad 4123-2012. Interpuesto por el Parlamento de Navarra en relación con diversos preceptos del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Límites de los decretos-leyes, derecho a la salud y competencias sanitarias, derecho a la protección de datos de carácter personal: nulidad del precepto legal que remite en blanco al reglamento la determinación del nivel de ingresos que no deben superar quienes, sin tener vínculo alguno con el sistema de Seguridad Social, aspiren a acceder a la condición de asegurados. Votos particulares*, eskuragarri hemen: <https://www.boe.es/boe/dias/2016/08/15/pdfs/BOE-A-2016-7904.pdf> [Kontsulta eguna: 2018/02/14].

CCMA (2011). *Vaga indefinida amb serveis mínims del 100% al transport sanitari urgent*, eskuragarri hemen: <http://www.ccma.cat/324/Vaga-indefinida-amb-serveis-minims-del-100-al-transport-sanitari-urgent/noticia/1305727/#> [Kontsulta eguna: 2018/03/22].

Cuatro (2012). *Ignacio González: "No vamos a privatizar la Sanidad, vamos a externalizar la gestión"*, eskuragarri hemen: https://www.cuatro.com/las-mananas-de-cuatro/2012/noviembre/Ignacio-Gonzalez-vamos-Sanidad-externalizar_0_1512525324.html [Kontsulta eguna: 2018/03/21].

Diario de Córdoba (2012). *Empleados de ambulancias se rebelan por los recortes del SAS*, eskuragarri hemen: http://www.diariocordoba.com/noticias/cordobalocal/empleados-ambulancias-rebelan-recortes-sas_764241.html [Kontsulta eguna: 2018/03/17].

Dubois, Alfonso (2010). "Globalizazioaren dimentsio globala", Zurbano, Mikel (koord.) *Ekonomia globala*. Jon Larrañaga (itzul.). Bilbo: Udako Euskal Unibertsitatea. (263-295).

EITB (2017). *Espainiako Gobernuak 119.834 milioi euroan ezarri du 2018ko gastu-sabaia*, eskuragarri hemen:

<http://www.eitb.eus/eu/albisteak/ekonomia/osoa/4945137/2018-sabaigastua-espainiako-ministroen-bilerak-2018ko-gastua-onartu-du/>
[Kontsulta eguna: 2018/02/14].

El País (2002). *PSOE e IU dan por 'fracasado' el modelo del hospital de Alzira*, eskuragarri hemen:

https://elpais.com/diario/2002/11/12/sociedad/1037055605_850215.html
[Kontsulta eguna: 2018/03/21].

___ (2003). *Defensores de la sanidad critican el modelo Alzira*, eskuragarri hemen:

https://elpais.com/diario/2003/02/22/cvalenciana/1045945084_850215.html
[Kontsulta eguna: 2018/02/21].

___ (2011). *Acuerdo político para la ley orgánica*, eskuragarri hemen:

https://politica.elpais.com/politica/2011/08/26/actualidad/1314314966_559874.html [Kontsulta eguna: 2018/02/14].

ELGA (2000). *A system of Health Accounts*. Paris: OECD Publications Service.

___ (2007). *Health at Glance 2007: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.

___ (2017). *Health at Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.

Espainiako Justizia Ministerioa (2008). *Tratado de Lisboa*. *Boletín de Información*, eskuragarri hemen:

http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/1292338956839?blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadername2=SuplementosBoletin&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3DTratado_de_Lisboa.PDF&blobheadervalue2=1215327821103 [Kontsulta eguna: 2018/03/13].

Espainiako Osasun Ministerioa (2017a). *Diferentes series de Gasto Sanitario*, eskuragarri hemen:

<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/diferentesSeriesGastoSanitario.pdf> [Kontsulta eguna: 2018/02/05].

___ (2017b). *Estadística de Gasto Sanitario Público. Principio de Devengo (2002-2016)*, eskuragarri hemen:

<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/egspGastoReal.pdf> [Kontsulta eguna: 2018/02/05].

___ (2017c). *Sistema de Cuentas de Salud*, eskuragarri hemen:

<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SCSdatosEstadisticos.pdf> [Kontsulta eguna: 2018/02/06].

Espanya, Xavier (2003). "Los sanitarios del hospital de Alzira no cobran las subidas salariales" *El País* [On-line], eskuragarri hemen: https://elpais.com/diario/2003/01/27/cvalenciana/1043698692_850215.html [Kontsulta eguna: 2018/02/17].

Europa Press (2017). *Casi un 28% de la población en España, 12,9 millones de personas, vive en riesgo de pobreza y exclusión social*, eskuragarri hemen: <http://www.europapress.es/epsocial/derechos-humanos/noticia-casi-28-poblacion-espana-129-millones-personas-vive-riesgo-pobreza-exclusion-social-20171016120635.html> [Kontsulta eguna: 2018/01/15].

Europako Kontseilua (1996). *Carta Social Europea (revisada)*, eskuragarri hemen: <https://rm.coe.int/168047e013> [Kontsulta eguna: 2018/03/11].

Eurostat (2015). *Out-of-pocket expenditure on healthcare*, eskuragarri hemen: http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/product?code=tepsr_sp310 [Kontsulta eguna: 2018/21/15].

___ (2016a). *Gross domestic product at market prices*, eskuragarri hemen: <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=en&pcode=tec00001> [Kontsulta eguna: 2018/01/15].

___ (2016b). *Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, main reason declared and income quintile*, eskuragarri hemen: http://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-datasets/-/HLTH_SILC_08 [Kontsulta eguna: 2018/02/24].

___ (2018). *Gross domestic product (GDP) at current market prices by NUTS 2 regions*, eskuragarri hemen: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=nama_10r_2g_dp&lang=en [Kontsulta eguna: 2018/04/15].

Eusko Jaurlaritzak (2010). *Europar Batasunaren Oinarrizko Eskubideen Gutuna*, eskuragarri hemen: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/tr_lisboa/eu_tr_lisboa/djuntos/carta_derechos_eu.pdf [Kontsulta eguna: 2018/03/12].

Fariñas, Jose Carlos et al. (2014). *La empresa española ante la crisis del modelo productivo*. Bilbo: Fundación BBVA.

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (2016). *Los Servicios Sanitarios de las CCAA (XIII Informe)*, eskuragarri hemen: http://www.fadsp.org/documents/2016/INFORME_2016def.doc [Kontsulta eguna: 2018/03/14].

Ferrandis, Joaquín (2002). "Los socialistas exigen al Consell que entregue los estudios que avalan el 'rescate' del hospital de Alzira" *El País* [On-line], eskuragarri hemen:

https://elpais.com/diario/2002/11/19/cvalenciana/1037737086_850215.html [Kontsulta eguna: 2018/02/17].

Fuentes, Lluïsa (2017). "Vaga dels conductors d'ambulàncies a Girona i al Maresme" *RAC 1* [On-line], eskuragarri hemen:

<https://www.rac1.cat/programes/via-lliure/20170812/43506824164/ambulancies-vaga.html> [Kontsulta eguna: 2018/04/21].

García L. (2012). "Trabajadores de ambulancias temen despidos por los recortes en el concierto". *Málaga Hoy* [On-line], eskuragarri hemen:

http://www.malahoy.es/malaga/Trabajadores-ambulancias-despidos-recortes-concierto_0_612539218.html [Kontsulta eguna: 2018/03/17].

Goldstein, Natalie (2007). *Globalization and Free Trade*. New York: Infobase Publishing.

Goti, Nerea (2010). "Anbulantziek lanuzteak egingo dituzte berriz ere, Lakua eta enpresekin hitz egiteko ezintasunagatik". *Gara* [On-line], eskuragarri hemen:

<http://gara.naiz.eus/paperezkoa/20100310/187402/eu/Anbulantziek-lanuzteak-egingo-dituzte-berriz-ere-Lakua-eta-enpresekin-hitz-egiteko-ezintasunagatik>

Gracia-Arnaiz, Mabel (2015). "Comer en tiempos de crisis: nuevos contextos alimentarios y de salud en España". *Arxiu d'Etnografia de Catalunya* [On-line], 15, 155-159, eskuragarri hemen:

<https://revistes.urv.cat/index.php/aec/issue/view/67/showToc> [Kontsulta eguna: 2018/02/23].

Hala Bedi (2017). *Ambulancias de Araba, 1.300 días en huelga... con servicios mínimos del 100%*, eskuragarri hemen:

<http://halabedi.eus/2017/09/13/ambulancias-de-araba-1-300-dias-en-huelga-con-servicios-minimos-del-100/> [Kontsulta eguna: 2018/04/21].

Investopedia (2018). *Private Finance Initiative – PFI*, eskuragarri hemen:

<https://www.investopedia.com/terms/p/privatefinanceinitiative.asp> [Kontsulta eguna: 2018/04/24].

Larrañaga, Mertxe (2010). "Nazioarteko moneta –eta finantza– harremanak", Zurbano, Mikel (koord.) *Ekonomia globala*. Bilbo: Udako Euskal Unibertsitatea. (111-136).

Levante El Mercantil Valenciano (2017). *UGT convoca una vaga d'ambulàncies a partir del dia 1*, eskuragarri hemen: <http://val.levante-emv.com/comunitat-valenciana/2017/12/27/ugt-convoca-huelga-ambulancias-partir/1659597.html> [Kontsulta eguna: 2018/04/21].

Lillo, Jose María eta Rodríguez, María del Carmen (2017). "Estadística de Gasto Sanitario Público", Espainiako Osasun Ministerioa [On-line], eskuragarri hemen: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf> [Kontsulta eguna: 2018/02/05].

Lourido (2017). "La Generalitat Valenciana inicia el proceso para acabar con el modelo Alzira" *Cadena SER* [On-line], eskuragarri hemen: http://cadenaser.com/ser/2017/03/28/sociedad/1490678967_119883.html [Kontsulta eguna: 2018/02/19].

Luisroybean (2013/02/13). *Salvados - De paciente a cliente*, [On-line bideo fitxategia], eskuragarri hemen: <http://www.dailymotion.com/video/xxmcc3> (Kontsulta eguna: 2018/01/22)

Moreno, Luis eta Rodríguez-Cabrero, Gregorio (2007). *Política social y estado de bienestar*. Madril: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Munduko Bankua (2018a). *International Comparison Program (ICP)*, eskuragarri hemen: <http://www.worldbank.org/en/programs/icp> [Kontsulta eguna: 2018/04/10].

___ (2018b). *Health Expenditure, public (%of GDP)*, eskuragarri hemen: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PUBL.ZS?end=2014&locations=ES&start=1995&view=chart> [Kontsulta eguna: 2018/01/22].

Navarro, Carlos (2017). "Los hospitales privatizados abren una guerra judicial contra el Gobierno valenciano para parar el rescate" *eldiario.es* [On-line], eskuragarri hemen: https://www.eldiario.es/cv/hospitales-privatizados-judicial-Sanidad-centenar_0_709030029.html [Kontsulta eguna: 2018/02/19].

Navarro, Vicenç (2015). *Ataque a la democracia y al bienestar*. Bartzelona: Anagrama.

Navarro, Vicenç; Torres, Juan eta Garzón, Alberto (2011). *Hay alternativas: Propuestas para crear empleo y bienestar social en España*. Madril: Ediciones Sequitur.

Nazio Batuen Giza Eskubideetarako Goi Mandatariaren Bulegoa (1998). *Giza Eskubideen Aldarrikapen Unibertsala*, eskuragarri hemen: <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=bsq> [Kontsulta eguna: 2018/03/10].

Nueva Tribuna (2018). *Hospital de Alzira, un experimento neoliberal fracasado que se resiste a desaparecer*, eskuragarri hemen: <http://www.nuevatribuna.es/articulo/sanidad/hospital-alzira-experimento-neoliberal-fracasado-resiste-desaparecer/20171127165545145769.html> [Kontsulta eguna: 2018/03/17].

Osakidetza (2012). *Ospitaleetako Estatistikaren Definizio Eskuliburua*. Gasteiz: Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila.

Palley, Thomas I. (2004). "From Keynesianism to Neoliberalism: Shifting Paradigms in Economics", *Foreign Policy in Focus* [On-line] eskuragarri hemen: http://fpif.org/from_keynesianism_to_neoliberalism_shifting_paradigms_in_economics/ [Kontsulta eguna: 2018/01/13].

Pardo, Inma (2016). "El modelo Alzira supone un sobrecoste a la Generalitat", *Cadena SER* [On-line] eskuragarri hemen: http://cadenaser.com/emisora/2016/12/27/radio_valencia/1482858956_647129.html [Kontsulta eguna: 2018/02/18].

Picatoste, Jose; Picatoste, Ignacio eta López, M.^a Asunción (2016). *Las políticas públicas de austeridad: efectos del Real Decreto-Ley 16/2012 de abril en España*. Zizur Txikia: Thomson Reuters Aranzadi.

Prats, Jaime (2000). "UGT denuncia al Hospital de Alzira por incumplimiento del convenio" *El País* [On-line], eskuragarri hemen: https://elpais.com/diario/2000/01/06/cvalenciana/947189879_850215.html [Kontsulta eguna: 2018/02/16].

___ (2001). "El PSPV acusa a Sanidad de pagar 1.271 millones de más al hospital de Alzira" *El País* [On-line], eskuragarri hemen: https://elpais.com/diario/2001/07/14/cvalenciana/995138287_850215.html [Kontsulta eguna: 2018/02/18].

Público (2017). *El Hospital de Alzira ya es de control público tras casi 20 años de nefasta gestión privada*, eskuragarri hemen: <http://www.publico.es/sociedad/comunitat-valenciana-hospital-alzira-pasa-incidencias-gestionado-forma-publica.html> [Kontsulta eguna: 2018/04/22].

Puig, Jaume (2004). "Cost efficiency in primary care contracting: a stochastic frontier cost function approach". *Health Economics* [On-line] 13, 1149-1165, eskuragarri hemen:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/hec.883> [Kontsulta eguna: 2018/04/21].

Rivadeneira, Ana et al. (2014). "Lecciones desde fuera. Otros países en ésta y otras crisis anteriores. Informe SEESPAS 2014". *Gaceta Sanitaria*, 28, 12-17.

RTVE (2010). *Discurso del presidente del Gobierno en la comparecencia para informar de la reunión extraordinaria del Eurogrupo en relación con el rescate de Grecia y la situación de los mercados financieros*, eskuragarri hemen:

http://www.rtve.es/contenidos/documentos/discurso_zapatero_recorte.pdf [Kontsulta eguna: 2017/11/22].

Sánchez, Álvaro (2015). "España redistribuye la riqueza peor que la mayoría de sus socios europeos" *El País* [On-line], eskuragarri hemen: https://elpais.com/economia/2015/09/09/actualidad/1441796391_141614.html [Kontsulta eguna: 2018/04/24].

Sánchez, Fernando; Abellán, Jose María eta Oliva, Juan (2014). "La privatización de la gestión sanitaria: efecto secundario de la crisis y síntoma de mal gobierno. Informe SEESPAS 2014". *Gaceta Sanitaria*, 28, 75-80.

Segura, Andreu (2014). "Recortes, austeridad y salud. Informe SEESPAS 2014". *Gaceta Sanitaria*, 28, 7-11.

Sevillano, Elena (2011). "Los nuevos hospitales de Madrid piden 80 millones más a Aguirre y advierten del "colapso" si no los reciben" *El País* [On-line], eskuragarri hemen:

https://elpais.com/elpais/2011/05/09/actualidad/1304929025_850215.html [Kontsulta eguna: 2018/04/19].

Telemadrid (2012). *Aguirre defiende reformas liberales en empleo, educación y servicios sociales*, eskuragarri hemen:

<http://www.telemadrid.es/noticias/madrid/noticia/aguirre-defiende-reformas-liberales-en-empleo-educacion-y-servicios-sociales> [Kontsulta eguna: 2018/03/20].

Trescoli, Carlos; Marin, Manuel eta De La Rosa, Alberto (2009). "The Alzira model: Hospital de la Ribera, Valencia, Spain", Rechel et al. *Capital Investment for Health. Case studies from Europe*. Kopenhage: WHO Regional Office for Europe. (11-25).

Urbanos-Garrido, Rosa eta López-Valcárcel, Beatriz (2014). "The influence of the economic crisis on the association between unemployment and health: an empirical analysis for Spain". *Springer-Verlag GmbH*, 16, 175-184.

Vaamonde, Pablo et al. (2014). *La Salud como Negocio*. Santiago de Compostela: Laiovento.

Valero, Marina (2015). "La OCDE denuncia: España es el país con más desigualdad de ingresos entre ricos y pobres" *El Confidencial* [On-line], eskuragarri hemen: https://www.elconfidencial.com/economia/2015-07-06/espana-es-el-pais-con-mayor-desigualdad-de-ingresos-entre-ricos-y-pobres_915583/ [Kontsulta eguna: 2018/04/30].

Van der Zee, Jouke eta Kroneman, Madelon W (2007). "Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs". *BMC Health Services Research* [Online] 7, 94, eskuragarri hemen: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-7-94> [Kontsulta eguna: 2018/04/17].

Velázquez-Gaztelu (2009). "Es la hora del cambio, vale, ¿pero cómo?", *El País* [On-line] eskuragarri hemen: https://elpais.com/diario/2009/05/17/negocio/1242566065_850215.html [Kontsulta eguna: 2018/01/14].

Vivancos, Mariano (2017). "Austeridad económica, Derechos Sociales y Políticas Públicas de Bienestar: Balance de los Años de la Crisis". *Lex Social: Revista de Derechos Sociales*, 7, 388-404.

Zelaia, Adrian (2009). "Oraingo krisialdia eta politika ekonomikoa", Zelaia, Adrian. *Politika ekonomikoaz*. Bilbo: Udako Euskal Unibertsitatea (177-183).

Zurbano, Mikel (2010). "Munduko ekonomiaren globalizazioa", Zurbano, Mikel (koord.) *Ekonomia globala*. Bilbo: Udako Euskal Unibertsitatea. (43-71).