

LA RECETA EQUIVOCADA

EL IMPACTO DE LAS MEDIDAS DE AUSTERIDAD EN EL
DERECHO A LA SALUD EN ESPAÑA

AMNISTÍA
INTERNACIONAL



Amnistía Internacional es un movimiento global de más de 7 millones de personas que trabajan en favor del respeto y la protección de los derechos humanos.

Nuestra visión es la de un mundo en el que todas las personas disfrutan de todos los derechos humanos proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en otras normas internacionales.

Somos independientes de todo gobierno, ideología política, interés económico y credo religioso. Nuestro trabajo se financia principalmente con las contribuciones de nuestra membresía y con donativos.

© Amnesty International 2018

Salvo cuando se indique lo contrario, el contenido de este documento está protegido por una licencia 4.0 de Creative Commons (atribución, no comercial, sin obra derivada, internacional).

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Para más información, visiten la página Permisos de nuestro sitio web:

<https://www.amnesty.org/es/about-us/permissions>

El material atribuido a titulares de derechos de autor distintos de Amnistía Internacional no está sujeto a la licencia Creative Commons.

Publicado por primera vez en 2018

por Amnesty International Ltd.

Peter Benenson House, 1 Easton Street

London WC1X 0DW, Reino Unido

Índice: EUR 41/8136/2018

Idioma original: Inglés

[amnesty.org](https://www.amnesty.org)



Foto de portada:

© AI / Lupe de la Vallina

**AMNISTÍA
INTERNACIONAL**



ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO	5
METODOLOGÍA	10
1. LA CRISIS ECONÓMICA E INTRODUCCIÓN A LAS MEDIDAS DE AUSTERIDAD	13
1.1 AUMENTO DE LA VULNERABILIDAD ECONÓMICA, LA POBREZA Y LA DESIGUALDAD	14
1.2 AUMENTO DEL RIESGO DE SUFRIR PROBLEMAS DE SALUD DURANTE LA CRISIS ECONÓMICA	15
1.2.1 DESEMPLEO	15
1.2.2 RIESGO DE SINHOGARISMO Y DE DESAHUCIO	15
1.3 INTRODUCCIÓN DE MEDIDAS DE AUSTERIDAD	16
2. EL IMPACTO DE LAS MEDIDAS DE AUSTERIDAD EN EL DERECHO A LA SALUD	21
2.1 LAS REDUCCIONES DEL GASTO EN SALUD PÚBLICA	22
2.2 DETERIORO DE LA ASEQUIBILIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA	23
2.2.1 MEDIDAS DE AUSTERIDAD QUE TRASLADARON ALGUNOS COSTES DE LA ATENCIÓN SANITARIA A LAS PERSONAS	23
2.2.2 EL AUMENTO DE LA CARGA ECONÓMICA DE LA ATENCIÓN SANITARIA	24
2.3 DETERIORO DEL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA Y DE SU CALIDAD	30
2.3.1 MEDIDAS DE AUSTERIDAD RELACIONADAS CON EL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA Y SU CALIDAD	30
2.3.2 DEMORAS EN EL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA	34
2.3.3 REDUCCIÓN DEL TIEMPO CON EL PERSONAL SANITARIO Y DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN	37
2.3.4 PREOCUPACIÓN POR LA CALIDAD DEL MATERIAL	39
3. NO SE AGOTARON TODAS LAS ALTERNATIVAS	42
3.1 AGOTAMIENTO DE MEDIDAS ALTERNATIVAS Y MENOS RESTRICTIVAS	43
3.2 IMPACTO DESPROPORCIONADO Y EVALUACIONES DEL IMPACTO SOBRE LOS DERECHOS HUMANOS	45
3.3 CONSULTA Y PARTICIPACIÓN AUTÉNTICAS DE LAS PERSONAS AFECTADAS	46
3.4 TEMPORALIDAD DE LAS MEDIDAS APLICADAS	48

4. EL PAPEL DE LA UNIÓN EUROPEA	49
4.1.1 PROCEDIMIENTO DE DÉFICIT EXCESIVO	49
4.1.2 EL SEMESTRE EUROPEO	50
4.1.3 PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA	51
4.2 ACTUACIÓN INADECUADA PARA IDENTIFICAR Y REDUCIR EL RIESGO DE IMPACTO SOBRE LOS DERECHOS HUMANOS	52
4.2.1 OBLIGACIONES DE DERECHOS HUMANOS QUE NO SE TIENEN EN CUENTA EN LA FORMULACIÓN DE RECOMENDACIONES	52
4.2.2 EVALUACIONES DEL IMPACTO SOBRE LOS DERECHOS HUMANOS	53
4.2.3 SALVAGUARDIAS INADECUADAS	53
5. LAS OBLIGACIONES DE ESPAÑA EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS	55
5.1 EL DERECHO A LA SALUD	55
5.2 AUSTERIDAD Y DERECHOS HUMANOS	56
5.3 OBSERVACIONES ESPECÍFICAS SOBRE ESPAÑA DE LOS ÓRGANOS DE TRATADOS DE DERECHOS HUMANOS	57
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	59

RESUMEN EJECUTIVO

“Estos recortes presupuestarios no tienen sentido [...] Nos sentimos insultados, humillados e impotentes.”

Usuario del sistema público de salud

“Todos hemos sufrido los recortes: enfermeras, médicos, pacientes, familias... todos.”

Enfermera empleada en el sistema público de salud

En este informe se analiza el impacto que han tenido sobre el derecho a la salud en España las medidas de austeridad introducidas por el gobierno tras la crisis económica y financiera de 2008. A partir de una exhaustiva investigación documental y de entrevistas con 243 personas en Andalucía y Galicia, Amnistía Internacional ha llegado a la conclusión de que las medidas de austeridad han deteriorado la accesibilidad, asequibilidad y calidad de la atención sanitaria en España. Esas medidas han tenido un impacto particular y desproporcionado en las personas de rentas más bajas y, especialmente, en las personas con enfermedades crónicas, las personas con discapacidad, las personas mayores y las que reciben tratamiento de salud mental. El impacto regresivo de las medidas de austeridad, combinado con la forma en que estas medidas se desarrollaron y aplicaron, lleva a Amnistía Internacional a concluir que España ha violado el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

¿POR QUÉ ES LA AUSTERIDAD UN PROBLEMA DE DERECHOS HUMANOS?

España ha ratificado una serie de tratados internacionales y regionales de derechos humanos que exigen que el derecho a la salud se respete, se proteja y se haga realidad. La obligación de hacer efectivo el derecho a la salud es progresiva. España tiene la obligación inmediata de tomar medidas deliberadas, concretas y específicas para la realización completa del derecho a la salud. En virtud del derecho internacional de los derechos humanos, existe una fuerte presunción de que está prohibido adoptar medidas deliberadamente regresivas. Las medidas de austeridad —como las introducidas por España y que se describen anteriormente— suelen implicar reducciones del gasto público y cambios estructurales en los sistemas de prestaciones sociales para ahorrar costes, lo cual a menudo provoca un retroceso del disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales. Dados estos riesgos, los órganos de vigilancia de los derechos humanos han elaborado directrices sobre la manera en que los Estados deben elaborar y aplicar medidas de austeridad para que sean coherentes con sus obligaciones en materia de derechos económicos, sociales y culturales. Entre esos criterios figuran la demostración de la existencia de un interés apremiante del Estado; la necesidad, razonabilidad, temporalidad y proporcionalidad de las medidas de austeridad; el agotamiento de las medidas alternativas y menos restrictivas; el carácter no discriminatorio de las medidas propuestas; la protección de un contenido básico mínimo de los derechos; y la participación genuina de los grupos y personas afectadas en los procesos de adopción de decisiones.

LA CRISIS ECONÓMICA E INTRODUCCIÓN DE LAS MEDIDAS DE AUSTERIDAD

El impacto de la crisis económica mundial combinado con la debilidad de la economía española llevó a esta a entrar oficialmente en recesión en 2008. La crisis económica tuvo un fuerte impacto sobre la población española, con crecientes niveles de vulnerabilidad económica, pobreza y desigualdad. El índice de desempleo, que había estado disminuyendo de forma continuada antes de la crisis económica, subió del 8,2% (2007) al 26,1% (2013). El porcentaje de hogares que no podían hacer frente a un gasto imprevisto aumentó del 30,8% (2007) al 42,7% (2014). El índice de riesgo de pobreza en personas que tienen un empleo, que mide la pobreza entre la población empleada, era del 13,1% en 2015, uno de los más altos de la UE. A medida que la crisis económica se fue desarrollando en España, afectó a una serie de factores, como la vivienda y el empleo, con consecuencias potencialmente negativas para la salud de las personas. El aumento de la pobreza y la vulnerabilidad económica, combinado con el riesgo de unos peores resultados de salud, requería un mayor apoyo al sistema de salud público, especialmente para las personas marginadas, que a menudo son las más afectadas. Aunque la respuesta inicial del gobierno a la crisis económica fue adoptar un paquete de estímulos e incrementar el gasto público, cambió posteriormente su estrategia y comenzó a reducir el gasto público, especialmente mediante la introducción de medidas de austeridad. Varias medidas introducidas para limitar el gasto público afectaron a la protección existente de la seguridad social y a las rentas disponibles, lo que amenazaba con incrementar la vulnerabilidad financiera durante la crisis económica.

En concreto, y en especial en el contexto de la salud, desde 2009 el gobierno empezó a recortar el gasto público en sanidad. El gasto total en salud pública en 2013, incluido tanto el del gobierno central como el de los gobiernos autonómicos, fue un 12,7% más bajo que el de 2009. El gobierno también introdujo una serie de políticas para reducir los costes del Sistema Nacional de Salud (en adelante: SNS), especialmente mediante el Real Decreto Ley 16/2012 (en adelante: RDL 16/2012). Este Real Decreto limitaba la atención sanitaria a la que podían acceder las personas migrantes en situación irregular. El gobierno implantó asimismo medidas para hacer recaer la carga de determinados costes sanitarios sobre las personas individuales: reestructuró la cartera común de servicios en el SNS para posibilitar que más productos y servicios estuvieran sometidos a copago mediante regulación futura. Introdujo el copago farmacéutico en algunos casos para grupos que anteriormente podían acceder de forma gratuita a atención sanitaria, e incrementó la proporción de copago de otros. Y, por último, añadió una lista de criterios para determinar qué medicamentos estarían financiados por el SNS o excluidos de esa financiación, y a raíz de ello se eliminaron de la financiación del SNS más de 400 productos.

“Vimos que el RDL 16/2012 afectaba a la atención sanitaria de las personas más vulnerables y de las que corrían más riesgo. Es una crueldad casi insoportable.”

Médico que trabaja para el SNS

Como parte de las reducciones del gasto en salud pública, también se redujo el gasto en remuneración del personal sanitario: en 2013, este gasto era un 10% más bajo que en 2009. Una de las vías utilizadas para lograrlo fue limitar la contratación y modificar las condiciones de trabajo. En el período comprendido entre 2011 y 2014, el Sistema Nacional de Salud perdió casi 28.500 trabajadores y aumentó en él la dependencia de los contratos temporales. La suma de todos estos cambios han impactado a los trabajadores de la salud que continúan trabajando en el SNS. Todos los profesionales sanitarios entrevistados dijeron a Amnistía Internacional que su trabajo se había vuelto más difícil tras la introducción de las medidas de austeridad, y que veían a más pacientes y trabajaban jornadas más largas que antes. También aseguraron que se sentían “impotentes” y “desilusionados con el sistema” a raíz de los recortes presupuestarios y los cambios en el sistema de salud descritos anteriormente. “Al inicio de la crisis teníamos más fuerza. A medida que han ido pasando los años, nos hemos cansado cada vez más. Llevamos años soportando esta carga”, asegura un médico.

EL IMPACTO DE LAS MEDIDAS DE AUSTERIDAD EN EL DERECHO A LA SALUD

Las medidas de austeridad en el SNS provocaron un deterioro de la accesibilidad, asequibilidad y calidad de la asistencia sanitaria. Muchos de estos cambios han tenido un impacto particular y desproporcionado en

las personas de rentas más bajas y, dentro de este grupo, en las personas con enfermedades crónicas, las personas con discapacidad, las que reciben tratamiento de salud mental y las personas mayores.

A. EL AUMENTO DE LA CARGA ECONÓMICA DE LA ATENCIÓN SANITARIA

“No puedo vivir con ese dolor, tengo que tomar mis medicinas. O tomo las medicinas, o me suicido [a causa del dolor] [...] así que, si tengo que matarme de hambre, lo hago, porque tengo que comprar las medicinas.”

Usuario del sistema público de salud

Amnistía Internacional habló con 107 personas usuarias del SNS y con sus familias y las personas que los atienden. Casi todas estas personas dijeron que la cantidad que gastaban en atención sanitaria había aumentado desde que empezó la crisis y se introdujeron medidas de austeridad. Aunque las cantidades en cuestión no eran altas, las personas entrevistadas explicaron que les suponía un esfuerzo considerable a causa de sus bajos ingresos o porque tenían que mantener a más personas con esos mismos ingresos. Muchas personas señalaron la ansiedad y la carga económica que les causaba el incremento de los costes de la atención sanitaria. “Pagar las medicinas supone un esfuerzo enorme”, contó a Amnistía Internacional L, una persona mayor que recientemente se había sometido a cirugía. Muchas personas dejaron claro que sólo podían permitirse esas medicinas porque contaban con el apoyo de familiares, y que no habrían podido pagarlas con sus propios ingresos. Otras personas contaron a Amnistía Internacional que, por motivos económicos, o bien no accedían a toda la atención sanitaria que necesitaban (por ejemplo, todos sus medicamentos), o bien tenían que elegir entre pagar la atención sanitaria u otros gastos. La mayoría de los 75 profesionales de la salud que compartieron información con Amnistía Internacional dijeron también que habían visto un incremento en las dificultades y las preocupaciones de sus pacientes respecto a los costes de la atención sanitaria desde que empezó la crisis y se introdujeron las medidas de austeridad. Según un médico dijo: “No creí que esta cuestión se convirtiera en un problema pero, después de la crisis, veo muchas personas mayores que no pueden afrontar los costes de los medicamentos”.

B. DEMORAS EN EL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA

El incremento del tiempo de espera para acceder a la atención sanitaria fue un tema clave que surgió en todas las entrevistas, ya fueran las mantenidas con personas expertas, con personal sanitario o con usuarios y usuarias del sistema de salud. Las personas entrevistadas dijeron a Amnistía Internacional que tenían que esperar más para obtener cita con especialistas, para pruebas diagnósticas y para opciones de tratamiento. Estos motivos de preocupación los corroboran datos publicados por el SNS; por ejemplo el número de personas en espera de cirugía electiva y el tiempo de espera han aumentado durante los años de la crisis. En 2010, el tiempo de espera medio era de 65 días; en 2016 era de 115 días, casi el doble. Usuarios y usuarias del SNS y sus familias describieron las dificultades que causaban las listas de espera, incluida la ansiedad que sentían al no conocer la causa de su dolor o de los otros síntomas que experimentaban. Por ejemplo: S, una mujer de 32 años, tiene una discapacidad física y utiliza silla de ruedas. Cuando Amnistía Internacional la entrevistó, había estado sufriendo un fuerte dolor en las piernas. En febrero de 2017 se había sometido a varias pruebas para identificar la causa del dolor. Sin embargo, hasta enero de 2018 no tenía cita con un especialista para interpretar los resultados. “Tengo dolor, y tengo que esperar un año para averiguar qué es lo que pasa. Te preocupa pensar que pueda empeorar. Te provoca ansiedad. Pero sigues sin tratamiento”, manifestó. La mayoría de las personas contaron que, a causa de las listas de espera, tenían que vivir mucho más tiempo con sus síntomas médicos, incluido fuerte dolor. M, mujer de 49 años, sufre una enfermedad ósea degenerativa. Padece un fuerte dolor en la pierna. En agosto de 2017 acudió a su médico, que la remitió a un especialista. No le dieron cita con el especialista hasta junio de 2018. Mientras espera esta cita, está además nerviosa por la posible causa del dolor. “Ahora mismo estoy tomando analgésicos y antiinflamatorios para soportarlo”, contó a Amnistía Internacional. “Quiero que los pacientes crónicos tengamos más apoyo”, dice. “[Ahora] todo el mundo tiene que soportar mucho dolor antes de poder ir realmente al médico”.

C. REDUCCIÓN DEL TIEMPO CON EL PERSONAL SANITARIO Y DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

En los años en que disminuyó el número de profesionales sanitarios, aumentó la cifra de consultas médicas de atención primaria, consultas de especialistas e intervenciones quirúrgicas. El aumento de la demanda de servicios de atención sanitaria, combinado con la reducción del número de profesionales sanitarios, ha coincidido con una reducción de la cantidad de tiempo que los profesionales pasan con cada paciente. Casi todos los trabajadores y trabajadoras de la salud que hablaron con Amnistía Internacional confirmaron que el tiempo de consulta por paciente había disminuido. Esto tiene especial impacto en los tipos de atención que pueden requerir mucho tiempo. Un ejemplo de esto es la salud mental. Todas las personas entrevistadas por Amnistía Internacional que recibían tratamiento de salud mental a través del SNS consideraban que el tiempo que pasaban con su profesional en salud mental se había reducido desde el comienzo de la crisis y era insuficiente. Un hombre que recibía atención de salud mental y orientación desde hacía muchos años, afirmó: “Antes [mi psicólogo] me dedicaba más tiempo. Ahora son sólo 5 minutos. En la última cita salí sintiéndome exactamente igual que como había entrado”. En varias entrevistas con profesionales de la salud y usuarios y usuarias del sistema sanitario, también surgió como motivo de preocupación la calidad del material sanitario.

D. NO SE AGOTARON TODAS LAS ALTERNATIVAS

“El paciente es lo que menos importa. No nos sentimos representados.”

Usuario del SNS

Además, la forma en que se elaboraron y aplicaron las medidas de austeridad no cumplió los criterios establecidos por los órganos creados en virtud de tratados internacionales de derechos humanos. Las medidas que ahorraron costes en el SNS sin poner indebidamente en peligro el derecho a la salud se aplicaron después de las que tuvieron un impacto regresivo, y no antes. No se llevó a cabo ninguna evaluación del impacto sobre los derechos humanos antes del recorte del presupuesto en salud pública ni de la aplicación del RDL 16/2012. Los niveles de participación y consulta sobre el desarrollo y la aplicación de las medidas de austeridad fueron insuficientes. Y muchos de los cambios introducidos en el sistema de salud, especialmente el RDL 16/2012, no fueron temporales y siguen en vigor.

FUNCIÓN DE LA UE

Las recomendaciones de las instituciones de la Unión Europea (UE) a través del Procedimiento de déficit excesivo (PDE) y del Semestre Europeo aumentaron la presión para que el gobierno de España aplicara las medidas de austeridad que aplicó. Las instituciones de la UE hicieron múltiples recomendaciones a España para que redujera su déficit presupuestario, sabiendo que esto se estaba realizando a través de recortes en el gasto público en salud. En algunos casos se formularon recomendaciones más específicas respecto a la forma de conseguir “mayor rentabilidad” en el gasto público en sanidad. Al mismo tiempo, no obstante, estudios públicos de otros organismos de la UE, así como declaraciones de instituciones europeas e internacionales, señalaban los riesgos y el posible impacto sobre los derechos humanos que podría tener la reducción de los gastos en prestaciones sociales, especialmente en salud pública. Dados estos riesgos, las instituciones de la UE deberían haber desempeñado un papel más importante a la hora de identificar y mitigar el impacto de estas políticas sobre los derechos humanos. En lugar de ello, guiaron al gobierno español hacia políticas incompatibles con la obligación de España de hacer realidad el derecho a la salud, o no hicieron lo suficiente para mitigar su posible impacto sobre los derechos humanos.

RECOMENDACIONES

A la luz de las constataciones y conclusiones anteriores, Amnistía Internacional formula las siguientes recomendaciones (la lista completa de recomendaciones figura al final del informe):

1. El Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad debería, con carácter de urgencia:
 - a. Derogar los artículos 3, 3 *bis* y 3 *ter*, que limitan los tipos de personas que pueden acceder a la asistencia sanitaria a través del SNS, y garantizar que todas las personas, incluidas las personas migrantes en situación irregular, pueden acceder al sistema público de atención de salud en pie de igualdad y sin discriminación.

- b. Revisar los artículos 8, 8 *bis*, 8 *ter* y 8 *quáter*, y restablecer la estructura de la cartera común de servicios anterior a la entrada en vigor del RDL 16/2012. Hasta entonces, garantizar que la estructura de cualquier nuevo copago incluye salvaguardias adecuadas para asegurar que no perjudica desproporcionadamente a grupos concretos —personas con discapacidad, personas mayores, personas con enfermedades crónicas, personas con problemas de salud mental y personas con pocos ingresos y económicamente vulnerables— y que la atención de la salud es asequible para todas las personas.
 - c. Revisar el artículo 85 *ter* para restablecer la cobertura de medicamentos “indicados en el tratamiento de síntomas menores”. Hasta entonces, considerar la posibilidad de:
 - i. Introducir salvaguardas financieras o excepciones para los grupos a los que se recetan habitualmente estos medicamentos y que sufren desproporcionadamente su eliminación;
 - ii. Restablecer gradualmente la cobertura de los productos médicos que fueron eliminados del catálogo del SNS a consecuencia de esta modificación, comenzando por los que son importantes para grupos especialmente afectados, como las personas con enfermedades crónicas y las personas mayores.
 - d. Revisar la nueva estructura de copagos introducida por el artículo 94 *bis* para, como mínimo, garantizar que dicha estructura asegura una atención sanitaria asequible para todas las personas y no implica un coste económico excesivo para las personas económicamente vulnerables, con vistas a restaurar la situación al estado previo a la entrada en vigor del RDL 16/2012.
2. El Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad debería, con carácter de urgencia, llevar a cabo una evaluación del impacto sobre los derechos humanos para evaluar el impacto que han tenido las medidas de austeridad sobre el derecho a la salud en España, especialmente sobre los derechos de grupos en peligro de sufrir mayor impacto, como las personas con discapacidad, las personas con enfermedades crónicas y las personas de edad. Dar a conocer públicamente el resultado de esta evaluación.
 3. El Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad debería mejorar las condiciones laborales del personal sanitario, incluidas las que afectan a la accesibilidad y la calidad de la atención sanitaria. En concreto, restaurar los beneficios, reducir la precariedad de los contratos de los trabajadores y trabajadoras de la salud y garantizar que son contratadas en número suficiente para cubrir la demanda de servicios sanitarios.
 4. Los gobiernos autonómicos, y en particular los de Andalucía y Galicia, deberían dar prioridad al aumento de las asignaciones presupuestarias para salud pública a nivel autonómico para, como mínimo, devolver lo antes posible el gasto total y per cápita en salud a los niveles existentes antes de la imposición de las medidas de austeridad.
 5. Los gobiernos autonómicos, y en particular los de Andalucía y Galicia, deberían abordar urgentemente las dificultades de acceso, asequibilidad y calidad del derecho a la salud identificadas en este informe.
 6. Las instituciones de la UE deberían garantizar que las recomendaciones y los objetivos de saneamiento presupuestario efectuados durante el Semestre Europeo y el PDE no desvirtúan la capacidad de los Estados de cumplir sus obligaciones en materia de derechos económicos y sociales.
 7. Las instituciones de la UE deberían llevar a cabo evaluaciones del impacto en los derechos humanos de todos los programas de reforma económica y de asistencia financiera.

METODOLOGÍA

TERMINOLOGÍA

Este informe utiliza el término “medidas de austeridad” para referirse a las políticas gubernamentales destinadas a reducir el déficit público durante un momento de crisis económica o financiera, por medios que incluyen reducir el gasto público (por ejemplo, mediante recortes presupuestarios en gasto social) e incrementar los ingresos del Estado (por ejemplo, mediante la subida de impuestos). En la documentación existente sobre este tema, a menudo se utilizan los términos política de “consolidación fiscal” y de “ajuste estructural”, así como “saneamiento presupuestario”, para describir medidas similares. El uso de las “medidas de austeridad” coincide con la terminología, los comentarios y las normas elaborados por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos,¹ los órganos de tratados y Procedimientos Especiales de la ONU,² el Consejo de Europa³ y la Organización Internacional del Trabajo.⁴

ENFOQUE REGIONAL

Este informe amplía el análisis realizado por Amnistía Internacional sobre el impacto de las medidas de austeridad en los derechos económicos y sociales en España más allá de Madrid y Cataluña (en donde se examinó el derecho a la vivienda), y la Comunidad Valenciana, Castilla-La Mancha y las Islas Baleares (en donde se analizó el derecho a la salud de las personas migrantes en situación irregular), para abarcar también Andalucía y Galicia.⁵ Se seleccionaron estas comunidades autónomas a partir de consultas con personas expertas en salud pública y con grupos de la sociedad civil. Andalucía es la región autónoma más grande y más poblada de España. Es una de las comunidades autónomas con menor gasto per cápita en salud,⁶ y se vio gravemente afectada por la crisis económica y financiera. Galicia tiene un gasto per cápita en salud más alto, y una mayor concentración de algunos de los grupos demográficos en los que se centra este informe, por ejemplo, las personas de edad. Las entrevistas se realizaron en ocho ciudades y sus alrededores: Santiago, Pontevedra, La Coruña y Lugo, en Galicia; y Granada, Sevilla, Málaga y Huelva, en Andalucía.

1 OACNUDH, Informe sobre el efecto de las medidas de austeridad en los derechos económicos, sociales y culturales, 2013, <http://undocs.org/es/E/2013/82> [en adelante: OACNUDH, Informe sobre el efecto de las medidas de austeridad, 2013].

2 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [en adelante: CESCR], carta fechada el 16 de mayo de 2012, dirigida por la presidencia del CESCR a los Estados Partes en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 16 de mayo de 2012 [en adelante: carta del CESCR, 16 de mayo de 2012]; CESCR, *Deuda pública, medidas de austeridad y Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, doc. ONU E/C.12/2016/1, 22 de julio de 2016; Consejo de Derechos Humanos de la ONU, *Informe de la Experta independiente encargada de la cuestión de los derechos humanos y la extrema pobreza, Magdalena Sepúlveda Carmona*, doc. ONU A/HRC/17/34, 17 de marzo de 2011; Consejo de Derechos Humanos de la ONU, *Elaboración de unos principios rectores para evaluar el impacto de las políticas de reforma económica en los derechos humanos*, doc. ONU A/HRC/37/54, 20 de diciembre de 2017.

3 Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, *Austerity measures – a danger for democracy and social rights*, 26 de junio de 2012, <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=18916&lang=en>; Consejo de Europa, *The impact of the economic crisis and austerity measures on human rights in Europe*, 2016, <https://edoc.coe.int/en/fundamental-freedoms/7304-the-impact-of-the-economic-crisis-and-austerity-measures-on-human-rights-in-europe.html>.

4 Organización Internacional del Trabajo, *Tendencias Mundiales del Empleo de 2012: Prevenir una crisis mayor del empleo*, 24 de enero de 2012, http://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-online/books/WCMS_168095/lang-es/index.htm.

5 Amnistía Internacional España: “La crisis de la vivienda no ha terminado” *El derecho a la vivienda y el impacto de los desahucios de viviendas en alquiler sobre las mujeres en España* (EUR4110017); Amnistía Internacional, *España: El derecho a la vivienda y los desalojos hipotecarios en España* (EUR4170015); Amnistía Internacional España: *Sin tarjeta, no hay derecho: Impacto en derechos humanos de la reforma sanitaria en Castilla-La Mancha y en la Comunitat Valenciana* (EUR4140015) [en adelante: AI, España, 2015]; Amnistía Internacional España: *El laberinto de la exclusión sanitaria. Vulneraciones del derecho a la salud en las Islas Baleares* (EUR4160013) [en adelante: AI, España, 2013].

6 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2011*, p. 106, http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnualSNS2011/05_INFORME_SNS_2011_ESPANYOL.pdf

PROFESIONALES, PERSONAS EXPERTAS Y PERSONAS QUE UTILIZAN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA

Amnistía Internacional realizó las siguientes entrevistas entre junio de 2017 y enero de 2018:

1) Entrevistas individuales o en grupos pequeños con 107 personas que buscaban o habían buscado atención sanitaria a través del sistema de salud pública, y con sus familiares y las personas que las cuidaban.

Basándose en consultas con grupos de la sociedad civil y personas expertas en salud pública, Amnistía Internacional optó por centrarse en grupos que se habían visto afectados de forma desproporcionada por la crisis económica y las medidas de austeridad en general, como personas con ingresos más bajos y, dentro de este grupo, personas con enfermedades crónicas, personas con discapacidad, personas mayores, y personas que accedían a la atención de salud mental. Se concertaron entrevistas con personas remitidas por organizaciones que trabajan sobre salud pública y derechos humanos, así como por asociaciones de pacientes. Es probable que no hayamos podido llegar a las personas más vulnerables, que pueden no estar asociadas a estas organizaciones y ni siquiera obtienen este nivel de apoyo. No hemos incluido los nombres de las personas con las que hablamos, para proteger su anonimato. Amnistía Internacional preguntó por los problemas a los que se enfrentaban las personas que acceden al sistema de salud pública tras la crisis económica y las medidas de austeridad, y también les preguntó qué recomendaciones harían al gobierno.

2) Entrevistas individuales o en grupos pequeños con 36 profesionales de la salud, incluido personal médico, de enfermería, y auxiliares de enfermería. Todos los profesionales de la salud entrevistados habían trabajado en el sistema de salud pública antes y después de la crisis económica y las medidas de austeridad. Además, 39 trabajadores y trabajadoras del sistema de salud pública de Andalucía y Galicia respondieron a una encuesta online de Amnistía Internacional sobre el impacto de las medidas de austeridad. Se preguntó a profesionales de la salud sobre el impacto de las medidas de austeridad sobre sus condiciones de trabajo, sobre el acceso a la atención sanitaria y sobre la salud. En total, el informe refleja las opiniones de 75 profesionales de la salud.

3) Entrevistas individuales o en grupos pequeños con 61 personas expertas en salud pública, activistas de derechos humanos, proveedores de servicios sin ánimo de lucro, expertas en el análisis presupuestario y personal académico que trabajan sobre cuestiones de salud pública, para obtener información general y un contexto sobre el impacto de las medidas de austeridad en el sistema de salud de España, y para confirmar la información obtenida a partir de las otras entrevistas cualitativas.

Además, este informe se basa en una amplia investigación documental, que incluye: a) examinar los cambios en los gastos de salud pública en España por parte tanto del gobierno del Estado como de los gobiernos autonómicos entre 2009 (cuando comenzaron los efectos de la crisis económica) y 2015 (fecha de los últimos datos publicados en el momento de redactar este informe), con el fin de evaluar el alcance de los recortes, el impacto de los recortes en el gasto sanitario respecto a otros tipos de gasto, y las áreas específicas dentro del gasto sanitario que se vieron afectadas; b) analizar una amplia variedad de indicadores del sistema de salud en este periodo, con el fin de evaluar los cambios, si los ha habido; c) analizar las leyes y políticas relativas a la salud y revisar los cambios introducidos después de la crisis económica en el Sistema Nacional de Salud; y d) revisar la bibliografía secundaria, incluidos los estudios tanto gubernamentales como no gubernamentales sobre el impacto de la crisis económica y las medidas de austeridad en el SNS y la salud.

Las conclusiones de este informe se han extraído de los datos cuantitativos y la bibliografía secundaria descritos más arriba. Las entrevistas cualitativas fueron analizadas para identificar y destacar los temas comunes que surgieron y complementar estas conclusiones. Pretenden demostrar la manera en que las medidas de austeridad han afectado específicamente a los grupos en los que se centra este informe, y cómo han afectado a los profesionales de la salud.

GOBIERNO Y UNIÓN EUROPEA

Amnistía Internacional envió cartas solicitando reuniones al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, al Ministerio de Hacienda y Función Pública, a la Consejería de Salud de Andalucía, a la Consejería de Hacienda y Administración Pública de Andalucía, a la Consejería de Sanidad de Galicia y a la Consejería de Economía, Empleo e Industria de Galicia. En las cartas se incluía una lista detallada de preguntas. La organización se reunió con representantes del servicio de salud andaluz en enero de 2018, y con representantes del servicio de salud gallego y del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en febrero de 2018. Amnistía Internacional envió una lista de preguntas al Defensor del Pueblo, que respondió por escrito en marzo de 2018. La organización se reunió con representantes de la Dirección General de Asuntos Económicos y Financieros y con la Dirección General de Salud y Seguridad Alimentaria, ambas de la Comisión Europea, en febrero de 2018.

ÁMBITO

El análisis contenido en este informe se centra en el impacto que las medidas de austeridad han tenido en el disfrute del derecho a la salud en España.⁷ No comenta cómo han afectado las medidas de austeridad a la salud de personas individuales. La aplicación de las medidas de austeridad en España coincidió también con un aumento de la utilización de proveedores de salud privados.⁸ Aunque reconoce la conexión entre estos dos hechos, este documento no analiza el impacto de esa utilización de servicios privados en el acceso a la atención sanitaria en España.

AGRADECIMIENTOS

Deseamos expresar nuestra profunda gratitud a las personas que han compartido con nosotros sus historias, sin las cuales este informe no habría sido posible.

También deseamos reconocer el importante papel desempeñado por los profesionales de la salud pública, los grupos de la sociedad civil y los movimientos sociales que trabajan sin descanso para hacer realidad el derecho a la salud en España. En particular, estamos en deuda con las siguientes organizaciones y personas expertas por su ayuda en esta investigación: Confederación Salud Mental España, Federación de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental de Galicia (FEAFES GALICIA), Federación Andaluza de familiares y personas con enfermedad mental (FEAFES Andalucía Salud Mental), Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), Asociación de diagnosticadas de Cáncer de Mama (ADICAM), Asociación de Mulleres con Discapacidade de Galicia (ACADAR), Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos y la Fundación para la Cooperación Internacional de la OMC, Médicos del Mundo, Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria (AGAMFEC), Gestha, Escuela Andaluza de Salud Pública, Sindicato Médico andaluz, Confederación Galega de Persoas con Discapacidade (COGAMI), Asociación Ourensana de Esclerosis Múltiple (AODEM), Asociación estatal de directoras y gerentes de servicios sociales, Federación Gallega de Daño Cerebral (FEDAGADE), Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública, y Juan Luis Ruiz-Gimenez.

Expresamos nuestro especial agradecimiento a Helena Legido-Quigley (profesora asociada, Saw Swee Hock School of Public Health y London School of Hygiene and Tropical Medicine), que nos asesoró sobre la metodología y revisó el borrador inicial de este informe, y a Jesús Sueiro (médico que trabaja en el sistema de salud pública en Galicia), Luis Andrés López Fernández (profesor, Escuela Andaluza de Salud Pública) y María José Eva Parada (responsable de Programa para América Latina, International Budget Partnership), que revisaron una versión inicial en inglés de este informe. Cualquier error o equivocación es responsabilidad de Amnistía Internacional.

⁷ Por muchos motivos, resulta difícil decir con certeza qué impacto han tenido, o tendrán, estas medidas en la situación de la salud. A menudo hay un desfase temporal entre un suceso en el mundo real y la publicación de datos de salud. Por tanto, podrían ser necesarios varios años para que los datos reflejen el impacto. Asimismo, los efectos a largo plazo de las medidas de austeridad sobre la salud pueden tardar años en manifestarse. Por último, sería difícil distinguir los efectos de la crisis económica en sí —que también constituye un riesgo para la salud— de los efectos de las medidas de austeridad. No obstante, son muchas las personas expertas que han señalado los datos existentes sobre el cambio en la situación de la salud en países en los que se habían introducido medidas de austeridad. Véase: G Quagliola *et al*, “Austerity and health in Europe”, *Health Policy* 113, 2013, p. 13-19; M Karanikolos *et al*, “Financial crisis, austerity, and health in Europe”, *The Lancet*, 2013, 381 (9874), p. 1323-31; L Maynou *et al*, “Economic crisis and health inequalities: evidence from the European Union”, *International Journal for Equity in Health*, 2016, volumen 15, p. 135; D Stuckler *et al*, “The Body Economic” 2013 [en adelante: “The Body Economic”]. Esto se aplica también a estudios relativos a España. Véase: X Bosch *et al*, “The Painful Effects of the Financial Crisis on Spanish Health Care”, *International Journal of Health Services*, 2014, 44 (1) p 25; J Gené-Badia *et al*, “Spanish health care cuts: Penny wise and pound foolish?”, 2012, *Health Policy*, 106 (1), pp. 23-28; H Legido-Quigley *et al*, “Erosion of universal health coverage in Spain”, 2013, *The Lancet*, 382 (9909), p. 1977.

⁸ Por ejemplo: H Legido-Quigley *et al*, “Will austerity cuts dismantle Spain’s healthcare system?” 2013, *British Medical Journal*, volumen 346, p. 18 [en adelante: Legido-Quigley, 2013].

1. LA CRISIS ECONÓMICA E INTRODUCCIÓN A LAS MEDIDAS DE AUSTERIDAD

¿POR QUÉ ES LA AUSTERIDAD UN PROBLEMA DE DERECHOS HUMANOS?

España ha ratificado una serie de tratados internacionales y regionales de derechos humanos por los que está obligada a respetar, proteger y hacer realidad el derecho a la salud, entre otros derechos humanos. España tiene la obligación inmediata de tomar medidas deliberadas, concretas y específicas para la realización completa del derecho a la salud. El gobierno debe utilizar el máximo de sus recursos disponibles para hacer realidad el derecho a la salud para todas las personas. En virtud del derecho de los derechos humanos, existe una fuerte presunción de que está prohibido adoptar medidas deliberadamente regresivas. Las medidas de austeridad normalmente implican reducciones del gasto público y cambios estructurales en los sistemas de seguridad social para ahorrar costes. Estas medidas pueden tener el efecto de provocar un retroceso en el disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales.

Dados los riesgos que para los derechos humanos entrañan las medidas de austeridad, los órganos de vigilancia de los derechos humanos han elaborado directrices para formular e implementar estas medidas de acuerdo con las obligaciones contraídas por el Estado respecto a los derechos económicos, sociales y culturales. Estos criterios incluyen demostrar la existencia de un interés incontestable del Estado, la necesidad, la razonabilidad, la temporalidad y la proporcionalidad de las medidas de austeridad; también debe demostrarse que se han agotado las medidas alternativas y menos restrictivas. Asimismo, esas medidas deben ser no discriminatorias y deben proteger el contenido básico mínimo de los derechos económicos y sociales. Los gobiernos deben garantizar una participación auténtica de los grupos y personas afectados en los procesos de toma de decisiones.

Este informe no comenta si las políticas de austeridad, en general, mejoran u obstaculizan la recuperación en tiempos de crisis económicas. Lo que hace es examinar si las medidas de austeridad introducidas por el gobierno español, que afectaron al sistema de salud, eran conformes con las obligaciones en materia de derechos humanos contraídas por España.

La economía española había estado creciendo a un ritmo más rápido que la media de la UE durante la mayor parte de la década de 2000.⁹ El impacto de la crisis económica mundial combinado con la debilidad de la economía española llevó a esta a entrar oficialmente en recesión en 2008. Con posterioridad se produjo un fuerte declive de la actividad económica: el índice de crecimiento del Producto Interior Bruto (PIB) anual cayó del 4,2% en 2006 al -3,6% en 2009. Aunque en 2010 mejoró hasta el 0%, poco después el país entró en una segunda recesión, y el índice de crecimiento anual del PIB cayó de nuevo al -2,9% en

⁹ Gobierno de España, *Las reformas del gobierno de España: Determinación frente a la crisis*, Madrid, septiembre de 2012, en: <http://www.lamoncloa.gob.es/Documents/lasreformasdelgobiernodeespa%C3%B1aespa%C3%B1olcongr%C3%A1ficos.pdf>.

2012.¹⁰ La deuda pública, que antes del año 2000 se había ido reduciendo, subió desde el 41,7% del PIB en 2007 hasta alcanzar en 2014 su punto más alto: el 118,4% del PIB.¹¹ El déficit empeoró, de un superávit del 1,9% del PIB en 2007 a un déficit del 11% del PIB en 2009 y del 9% en 2011.¹² Durante este periodo, el gobierno español se vio sometido a una presión inmensa, tanto desde dentro del país como de la UE, para que adoptara medidas enérgicas destinadas a reducir urgentemente su déficit y estimular el crecimiento económico.

1.1 AUMENTO DE LA VULNERABILIDAD ECONÓMICA, LA POBREZA Y LA DESIGUALDAD

La crisis económica tuvo un fuerte impacto sobre la población española:

- El índice de desempleo, que había estado disminuyendo de forma continuada antes de la crisis económica, subió del 8,2% (2007) al 26,1% (2013).¹³ El empleo juvenil se incrementó del 18,1% (2007) hasta el 55,5% (2013).¹⁴ El desempleo de larga duración, es decir, las personas que han estado desempleadas durante 12 meses o más, aumentó del 20,4% (2007) al 52,8% (2014).¹⁵
- Durante la crisis, el índice de desempleo era ligeramente más alto entre las mujeres (26,7%) que entre los hombres (25,6%). En 2015, el Comité de las Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer—el órgano de expertos independientes que vigila la aplicación de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer— señaló también que las medidas de austeridad tenían “un impacto grave y desproporcionado en las mujeres, en particular las mujeres con discapacidad [y] las mujeres mayores”, e indicó áreas de preocupación, entre ellas la persistente brecha salarial entre hombres y mujeres y la concentración de mujeres en el trabajo a tiempo parcial.¹⁶
- Los ingresos medios eran más de un 10% más bajos en 2014 que en 2009.¹⁷ La renta familiar disponible era de un 2,7 % inferior en 2012 que en 2009.¹⁸ El porcentaje de hogares que no podían hacer frente a un gasto imprevisto aumentó del 30,8% (2007) al 42,7% (2014).¹⁹
- El índice de pobreza aumentó del 14% (2012) al 15,9% (2013); ese índice era mucho más alto entre menores de edad.²⁰ El 30% de la población corría el riesgo de caer en la pobreza en 2013 (29,5% en 2016).²¹ El índice de riesgo de pobreza en empleo, que mide la pobreza entre la población empleada, era del 13,1% en 2015, uno de los más altos de la UE.²²
- El coeficiente de Gini —medida de desigualdad utilizada habitualmente— subió del 0,324 (2007) al 0,344 (2014).²³

¹⁰ Datos de Eurostat sobre los cambios en el índice de crecimiento real del PIB por volumen, en: ec.europa.eu/eurostat/web/national-accounts/data/main-tables?p_p_id=NavTreeportletprod_WAR_NavTreeportletprod_INSTANCE_7JJfn0XKXwXI&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=2

¹¹ La proporción de la deuda pública general respecto al PIB es la cantidad de la deuda pública bruta total como porcentaje de su PIB.

OCDE (2018), deuda pública general (indicador), doi: 10.1787/a0528cc2-en.

¹² El déficit público general se define como la posición fiscal del Estado después de haber contabilizado los gastos de capital. OCDE (2018), déficit público general (indicador), doi: 10.1787/77079edb-en.

¹³ OCDE (2018), índice de desempleo (indicador), doi: 10.1787/997c8750-en. Era el segundo índice de desempleo más alto de la Unión Europea, y más del doble del índice medio de desempleo de la UE. Desde entonces ha mejorado, y actualmente es del 17,2%.

¹⁴ OCDE (2018), índice de desempleo juvenil (indicador), doi: 10.1787/c3634df7-en

¹⁵ OCDE (2018), índice de desempleo de larga duración (indicador), doi: 10.1787/76471ad5-en

¹⁶ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de España*, doc. ONU CEDAW/C/ESP/CO/7-8, 29 de julio de 2015, párr. 28 [en adelante: Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Observaciones finales sobre España* (2015)].

¹⁷ Eurostat, *Mean and median income by age and sex - EU-SILC survey*, en: ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-datasets/-/ILC_DIO3

¹⁸ OCDE (2018), renta familiar disponible (indicador), doi: 10.1787/dd50eddd-en

¹⁹ Eurostat, *Inability to face unexpected financial expenses - EU-SILC survey*, en:

appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc_mdcs04&lang=en

²⁰ OCDE (2018), índice de pobreza (indicador), doi: 10.1787/0fe1315d-en. Para menores de edad: 23,5% (2013) y 22,1% (2015).

²¹ Eurostat, *People at risk of poverty or social exclusion by age and sex*, en: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/People_at_risk_of_poverty_or_social_exclusion

²² Eurostat, *In work at-risk-of-poverty rate*, en: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/product?code=tsdsc320>

²³ OCDE (2018), desigualdad de ingresos (indicador), doi: 10.1787/459aa7f1-en

1.2 AUMENTO DEL RIESGO DE SUFRIR PROBLEMAS DE SALUD DURANTE LA CRISIS ECONÓMICA

Las crisis económicas pueden provocar problemas de salud al afectar a la amplia variedad de factores socioeconómicos necesarios para llevar una vida saludable, conocidos también como factores subyacentes determinantes de la salud.²⁴ Con el desarrollo de la crisis económica en España, ésta afectó a una serie de factores, como la vivienda y el empleo, con consecuencias potencialmente negativas para la salud de las personas.²⁵

1.2.1 DESEMPLEO

Varios estudios realizados por académicos y grupos de defensa de la sanidad pública han establecido relación entre el desempleo y los malos índices de salud en España. En general, el desempleo puede provocar un aumento del estrés y la ansiedad.²⁶ Además, es probable que incremente la vulnerabilidad económica, lo que reduce la capacidad de las personas de costearse la atención sanitaria, así como su capacidad de acceder a otros factores que mejoran la salud, como una alimentación nutritiva. Un estudio basado en la población halló un deterioro de la salud mental en hombres en España durante la crisis económica, que se atribuyó a la situación de desempleo.²⁷ Otro estudio comparó la prevalencia de ciertas enfermedades mentales en pacientes que acuden a centros de atención primaria de salud antes de la crisis (en 2006) y después de la crisis (en 2010). El estudio halló un aumento sustancial del número de pacientes con trastornos emocionales, ansiedad y trastornos relacionados con el alcohol. También señaló la relación entre los motivos de preocupación relativos a la salud mental y el desempleo, la dificultad para hacer frente a los pagos de hipotecas y los desahucios.²⁸ Las personas investigadoras que examinaron los datos sobre suicidios antes y después de la crisis concluyeron que la crisis económica estaba asociada a un incremento del índice de suicidios en España, con un especial riesgo para los hombres y las personas en edad de trabajar.²⁹ Un estudio específico de Andalucía halló un fuerte incremento de los índices de intento de suicidio después de la crisis, especialmente asociado con el índice de desempleo en hombres.³⁰ Otro estudio concluyó que la salud mental de los trabajadores y trabajadoras migrantes en España se había deteriorado durante la crisis, y que este problema estaba especialmente asociado a hombres desempleados o con salarios más bajos.³¹

1.2.2 RIESGO DE SINHOGARISMO Y DE DESAHUCIO

La crisis económica en España también ha provocado que miles de personas hayan sido incapaces de hacer frente al pago de su alquiler o su hipoteca, lo que las ha puesto en un elevado riesgo de desahucio y de sinhogarismo. Los desahucios por impago de alquiler o hipoteca fueron muy numerosos durante todos los años de la crisis.³² Como se demostró en un informe anterior de Amnistía Internacional, los desahucios relacionados con el impago del alquiler afectaban especialmente a las mujeres que sufren formas múltiples

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general nº 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, doc. ONU E/C.12/2000/4, 11 de Agosto de 2000, párr. 4 y 11 [en adelante: CESCR, Observación general nº 14].

²⁵ www.easp.es/project/impacto-de-la-crisis-economica-en-la-salud-y-en-el-sistema-sanitario-en-espana/

²⁶ Body Economic, p. 143.

²⁷ X Bartoll *et al*, "The evolution of mental health in Spain during the economic crisis", *European Journal of Public Health*, 2014, 24 (3), p. 415.

²⁸ M Gili *et al*, "The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010", *European Journal of Public Health*, 2013, 23 (1), p. 103.

²⁹ J Bernal, *et al*, "The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis", *European Journal of Public Health*, 2013, 23 (5), p. 732.

³⁰ J Córdoba-Doña, *et al*, "Economic crisis and suicidal behaviour: the role of unemployment, sex and age in Andalusia, Southern Spain", *International Journal for Equity in Health*, 2014. Véase también: R Urbanos-Garrido *et al*, "The influence of the economic crisis on the association between unemployment and health: an empirical analysis for Spain", *European Journal of Public Health*, 2015, p. 175; G Robert *et al*, "From the boom to the crisis: changes in employment conditions of immigrants in Spain and their effects on mental health", *European Journal of Public Health*, 2014, 24 (3), p. 404.

³¹ A. Agudelo-Suárez, "Impact of economic crisis on mental health of migrant workers: what happened with migrants who came to Spain to work?", *International Journal of Public Health*, 2013, 58(4), p. 627.

³² Tan sólo en los nueve primeros meses de 2017 hubo 26.467 desahucios por impago de alquiler y 16.992 por impago de hipoteca. Consejo General del Poder Judicial, véase: www.poderjudicial.es/cgij/es/Temas/Estadistica-Judicial/Estudios-e-Infornes/Efecto-de-la-Crisis-en-los-organos-judiciales/

y entrecruzadas de discriminación, como las madres solteras, las mujeres con personas a su cargo, las mujeres migrantes, las mujeres con discapacidad y las supervivientes de violencia.³³

La estabilidad y la calidad de la vivienda están estrechamente vinculadas a la salud. Unas condiciones de vivienda inadecuadas pueden provocar enfermedades y lesiones evitables o contribuir a ellas.³⁴ El riesgo de desahucio y sinhogarismo puede provocar estrés, ansiedad y otros problemas de salud mental.³⁵ Además, la falta de hogar puede afectar a la capacidad de las personas para pagar por la atención sanitaria. Los estudios realizados en España han empezado a establecer estas correlaciones.³⁶ Por ejemplo, un estudio observó los cambios en la salud de las personas en situaciones de inestabilidad de vivienda, entre ellas personas con hipotecas elevadas, que se enfrentaban a la ejecución hipotecaria o que habían sido desalojadas. El estudio halló un deterioro de la salud mental y de la percepción subjetiva de la salud física en este grupo.³⁷ Otro estudio realizado en Granada concluyó que las personas en proceso de desahucio tenían una salud peor que la de la población general.³⁸

El aumento de la pobreza y la vulnerabilidad económica, combinado con unos peores resultados de salud debidos al impacto negativo en los determinantes sociales de la salud, requiere un mayor apoyo al sistema de salud pública en tiempos de crisis económica, especialmente para las personas marginadas, que a menudo son las más afectadas.

1.3 INTRODUCCIÓN DE MEDIDAS DE AUSTERIDAD

La respuesta inicial del gobierno a la crisis económica fue adoptar un paquete de estímulos e incrementar el gasto público, lo que incluyó una inversión de unos ocho mil millones de euros en proyectos de infraestructura, una bajada de impuestos y el establecimiento de líneas de crédito para las empresas.³⁹ Sin embargo, el gobierno cambió posteriormente su estrategia y comenzó a reducir el gasto público, especialmente mediante la introducción de medidas de austeridad.⁴⁰ Como se indica en el cuadro que figura a continuación, hubo una reducción del gasto público total y del gasto en varios sectores clave:⁴¹

³³ Amnistía Internacional España: “La crisis de la vivienda no ha terminado” *El derecho a la vivienda y el impacto de los desahucios de viviendas en alquiler sobre las mujeres en España* (EUR4110017).

³⁴ www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/Housing-and-health

³⁵ news.rice.edu/2015/03/09/eviction-can-result-in-depression-poorer-health-and-higher-stress-according-to-new-rice-and-harvard-study/

³⁶ A Novoa *et al.*, “El impacto de la crisis en la relación entre vivienda y salud”, *Gaceta Sanitaria*, 2014, 28 (S1), p. 44.

³⁷ H Vásquez-Vera *et al.*, “Foreclosure and Health in Southern Europe: Results from the Platform for People Affected by Mortgages”, *Journal of Urban Health*, 2016.

³⁸ J Muñoz *et al.*, “La salud de las personas afectadas por un proceso de desalojo”, *Gaceta Sanitaria*, 2016, 30(1), p. 4.

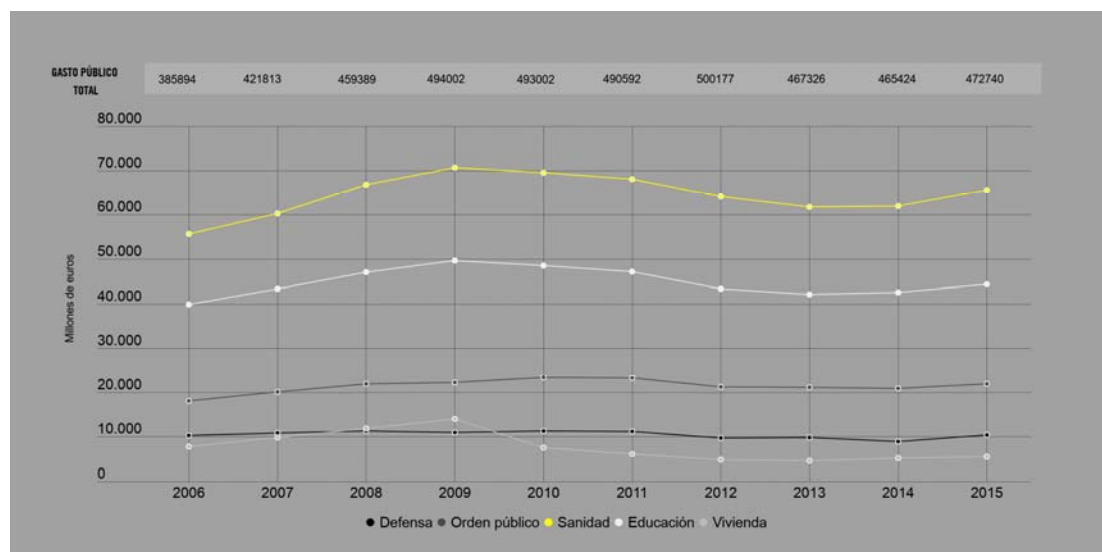
³⁹ *New York Times*, “Spain unveils €11 billion economic stimulus package”, 27 de octubre de 2008;

www.nytimes.com/2008/11/27/business/worldbusiness/27iht-peseta.4.18215053.html; *Reuters*, “Spain unveils 11 Billion euro public economic stimulus plan”, 27 de noviembre de 2008, uk.reuters.com/article/sppage016-lr662180-oiscp/spain-unveils-11-bln-eur-public-economic-stimulus-plan-idUKLR66218020081127

⁴⁰ *The Telegraph*, “Spain's economic crisis: a timeline”, 8 de junio de 2012, www.telegraph.co.uk/finance/financialcrisis/9319175/Spains-economic-crisis-a-timeline.html.

⁴¹ Toda la información de esta tabla procede de estadísticas de la OCDE sobre el gasto público por sector, en: stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SNA_TABLE11#, salvo los datos sobre salud, que se basan en la última Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP) [en adelante: Datos de la EGSP] para mantener la coherencia con los datos del resto de este informe, en: www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm.

Gráfico 1. Cambios en el gasto público por sector, en millones de euros:



El gasto público total disminuyó entre 2009 y 2011, aumentó en 2012, y empezó a disminuir de nuevo. El gasto público en defensa empezó a disminuir en 2008-2009; el gasto público en educación, salud y vivienda empezó a disminuir en 2009-2010; y el gasto público en orden público y seguridad empezó a disminuir en 2010-2011.

Varias medidas introducidas para limitar el gasto público afectaron a la protección existente de la seguridad social y a las rentas disponibles, lo que amenazaba con incrementar la vulnerabilidad financiera durante la crisis económica. Por ejemplo, tal como indica la tabla *supra*, el gobierno redujo el gasto en vivienda, salud y educación. Además, el gobierno:

- Aumentó el IVA general del 16% al 18% en 2009, y luego al 21% en 2012.⁴² Esto supone un incremento total de cinco puntos porcentuales en el IVA general, lo que en la práctica encarece el consumo.
- Redujo el gasto total y per cápita en algunas prestaciones de protección social,⁴³ con medidas como la reestructuración de algunos sistemas de prestaciones, como se explica en el contexto de la Dependencia (cuadro 1, *infra*).
- Introdujo una serie de reformas para reducir el gasto público en pensiones.⁴⁴

Tal como indica la tabla *supra*, desde 2009 el gobierno empezó a recortar el gasto público en sanidad. El gasto total en salud pública en 2013, incluido tanto el del gobierno central como el de los gobiernos autonómicos, fue un 12,7% más bajo que el de 2009. El gobierno también introdujo una serie de políticas para reducir los costes del SNS, especialmente mediante el Real Decreto Ley 16/2012 (en adelante: RDL 16/2012).⁴⁵ Este real decreto limitaba la atención sanitaria a la que podían acceder las personas migrantes en situación irregular. El gobierno implantó asimismo medidas para hacer recaer la carga de determinados costes sanitarios sobre las personas individuales: reestructuró la cartera común de servicios en el SNS para posibilitar que más productos y servicios estuvieran sometidos a copago mediante regulación futura. Introdujo el copago farmacéutico en algunos casos para grupos que anteriormente podían acceder de forma gratuita a atención sanitaria, e incrementó la proporción de copago de otros. Y, por último, añadió una lista de criterios para determinar qué medicamentos y dispositivos médicos estarían financiados por el SNS o excluidos de esa financiación, y a raíz de ello se eliminaron de la financiación del SNS más de 400 productos.

⁴² Datos de Eurostat sobre impuestos indirectos, en: https://ec.europa.eu/taxation_customs/business/economic-analysis-taxation/data-taxation_en

⁴³ Estadísticas de la OCDE sobre el gasto público por sector, en: stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SNA_TABLE11#

⁴⁴ Estas reformas incluían: aumentar gradualmente la edad de jubilación de los 65 a los 67 años, a lo largo de un periodo de 15 años; modificar los requisitos para la jubilación anticipada; y aumentar el periodo de contribución de 35 a 38,5 años. Ley 27/2011, Real Decreto 1716/2012, Ley 23/2013.

⁴⁵ 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.

“Vimos que el RDL 16/2012 afectaba a la atención sanitaria de las personas más vulnerables y de las que corrían más riesgo. Es una crueldad casi insoportable.”

Médico que trabaja para el SNS⁴⁶

Además, el gobierno redujo el gasto de remuneración de los profesionales sanitarios modificando sus condiciones de trabajo. Estas medidas y su impacto en el derecho a la salud en España se analizarán con detalle en el capítulo siguiente.

⁴⁶ Entrevista de Amnistía Internacional, Galicia, enero de 2018.

CUADRO 1: CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN Y LEY DE DEPENDENCIA

Los cuidados de larga duración implican servicios e intervenciones que permiten recibir la atención y la asistencia que necesitan a personas que, por diversos motivos, entre ellos la edad, la enfermedad o la discapacidad, tienen dificultades importantes para realizar sus tareas cotidianas.⁴⁷ Los sistemas de atención a largo plazo pueden ser cruciales para garantizar el acceso a la salud de las personas que, de otro modo, tendrían dificultades para acceder físicamente a la atención de salud, en particular la atención primaria de rutina, y pueden ayudar a reducir el uso de los servicios de atención de salud y el gasto en salud.⁴⁸

Desde que entró en vigor en 2007, la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (Ley de Dependencia) ha sido el principal instrumento regulador de los cuidados de larga duración en España. Antes de que se promulgara esta ley, la prestación de este tipo de cuidados en España era básicamente informal, y llevada a cabo por mujeres. La Ley de Dependencia se concibió para proporcionar prestaciones y asistencia adecuadas a personas “en situación de dependencia”, es decir, personas que necesitaban cuidados de larga duración. Lo más crucial es que, según la Ley de Dependencia, los cuidados de larga duración se contemplan como un derecho universal. Las personas tienen derecho a prestaciones y servicios, como servicios de asistencia de día, asistentes personales o prestaciones económicas, según el nivel de dependencia. La Ley de Dependencia debía implementarse gradualmente desde 2007 hasta 2013, empezando por las personas a las que se valorara con un grado más alto de dependencia.

Sin embargo, la aplicación de la Ley se vio afectada de varias formas por la crisis económica y la reducción del gasto público.⁴⁹ En primer lugar, el gobierno introdujo una serie de cambios reglamentarios que pospusieron el plazo para la plena aplicación de la ley.⁵⁰ En segundo lugar, el número de personas a las que se valoraba como beneficiarias de la Ley de Dependencia, pero que en realidad no se beneficiaban de ella, aumentó.⁵¹ En tercer lugar, el gobierno revisó las regulaciones sobre beneficios económicos para el cuidado familiar, es decir, la remuneración que recibirían los cuidadores familiares. Por ejemplo, permitió que estos pagos se suspendieran durante dos años después de que se valorara como beneficiarias a las personas en cuestión. Tal como ha señalado una revisión gubernamental sobre el funcionamiento de la Ley de Dependencia, este retraso ha tenido un enorme impacto en quienes prestan cuidados de manera informal, en su mayoría mujeres, que habrían recibido una remuneración por su trabajo o habrían tenido la oportunidad de entrar en el mercado laboral.⁵² Esto ha agravado la carga soportada por las familias durante la crisis.

⁴⁷ Esto se basa en la noción de cuidados de larga duración utilizada por la Organización Mundial de la Salud (www.who.int/ageing/long-term-care/en/) y la OCDE (www.oecd.org/els/health-systems/long-term-care.htm).

⁴⁸ www.who.int/ageing/long-term-care/en/

⁴⁹ Véase, con carácter general, L Longobardo *et al*, “The Spanish long-term care system in transition: Ten years since the 2006 Dependency Act”, *Health Policy*, 2016, 120(10), p. 1177.

⁵⁰ Informe de la Comisión para el Análisis de la Situación Actual del Sistema de la Dependencia, de su Sostenibilidad y de los Actuales Mecanismos de Financiación, octubre de 2017, Bloque 1, en:

http://www.dependencia.imsero.gob.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/inf_comision_analisis_20171006.pdf [en adelante: Informe de la Comisión sobre la Ley de Dependencia, 2017]

⁵¹ Informe de la Comisión sobre la Ley de Dependencia, 2017, p. 98.

⁵² Informe de la Comisión sobre la Ley de Dependencia, 2017, p. 61.

La Constitución española se reformó en 2011 para limitar la cantidad de deuda en que podían incurrir el gobierno nacional y los gobiernos autonómicos.⁵³ Entre otras cosas, el artículo reformado 135 dispone que: i) el Estado y las comunidades autónomas no podrán incurrir en un déficit estructural que supere los márgenes establecidos por la Unión Europea para sus Estados Miembros; y ii) los créditos para satisfacer los intereses y el capital de la deuda pública de las Administraciones se entenderán siempre incluidos en el estado de gastos de sus presupuestos y su pago gozará de prioridad absoluta.⁵⁴ Esta reforma establecía la prioridad del pago de la deuda pública por encima de cualquier otro gasto público, salvo muy escasas excepciones, lo cual restringía el ámbito de cuánto podían gastar, incluso en sanidad, el gobierno central y los gobiernos autonómicos.⁵⁵

Los altos índices de desempleo, las medidas de austeridad y los recortes en servicios sociales, así como la percepción de falta de transparencia de las autoridades públicas a la hora de adoptar estas medidas, generaron una oleada de protestas en España.⁵⁶ En particular, los profesionales sanitarios y las personas usuarias del SNS protestaron en ciudades de toda España contra las medidas de austeridad, en una serie de protestas que se denominaron “mareas blancas”.⁵⁷ Las protestas contra las medidas de austeridad en el sector de la salud continúan en 2018.⁵⁸

⁵³ Artículo 135 de la Constitución española, en: <http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/index.htm>

⁵⁴ Véase Ley Orgánica 2/2012 de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera.

⁵⁵ Artículo 135.4 de la Constitución española, en: <http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/index.htm>

⁵⁶ Amnistía Internacional España: *El derecho a protestar, amenazado* (Índice: EUR 41/001/2014).

⁵⁷ RT, “Thousands of Spanish medical workers protest healthcare cuts, privatization”, 17 de febrero de 2013, www.rt.com/news/spain-health-care-protests-424/

⁵⁸ elpais.com/ccaa/2018/01/25/catalunya/1516894532_939761.html?rel=str_articulo#1518954653149; www.20minutos.es/noticia/3243209/0/sos-sanidade-publica-rechaza-recortes-privatizaciones-llama-cambiar-rumbo-sanidad-galicia/.

2. EL IMPACTO DE LAS MEDIDAS DE AUSTERIDAD EN EL DERECHO A LA SALUD

“Todos hemos sufrido los recortes: enfermeras, médicos, pacientes, familias... todos.”

Enfermera del SNS⁵⁹

España ha ratificado una serie de tratados internacionales y regionales de derechos humanos que obligan al gobierno a respetar, proteger y hacer realidad el derecho a la salud de todas las personas. El derecho a la salud incluye, entre otras cosas, acceso a atención sanitaria oportuna y adecuada para todas las personas sin discriminación, que la atención sanitaria sea asequible para todas las personas, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos, y que la información, los productos y los servicios de atención sanitaria sean de buena calidad.⁶⁰

Antes de la crisis económica, casi todas las personas residentes en España podían acceder a la atención de salud pública.⁶¹ El sistema de salud pública cubría alrededor del 99,5% de la población.⁶² Desde 1999, el sistema de salud pública se ha financiado (y sigue financiándose) principalmente a través de los impuestos generales. Con la excepción de los medicamentos y algunos artículos ortoprotésicos en determinadas circunstancias, la asistencia era gratuita en el lugar de prestación.⁶³ El sistema de salud pública en España está descentralizado: la responsabilidad principal de la organización, el gasto y la prestación de salud pública recae en los gobiernos de las 17 comunidades autónomas. El gobierno central es responsable de una serie de funciones limitadas, como la formación médica, la investigación e innovación, y la política farmacéutica.⁶⁴ Este traspaso de competencias se hace patente en los patrones de gasto en salud pública.

⁵⁹ Entrevista de Amnistía Internacional, Galicia, octubre de 2017.

⁶⁰ Observación general nº 14, párr. 12.

⁶¹ Ley General de Sanidad, 14/1986.

⁶² Health Systems in Transition (HiT), perfil de España, en:

<http://www.hspm.org/countries/spain25062012/livinghit.aspx?Section=7.1%20Analysis%20of%20recent%20reforms&Type=Section> [en adelante: Perfil de España en HiT]

⁶³ Perfil de España en HiT.

⁶⁴ Perfil de España en HiT.

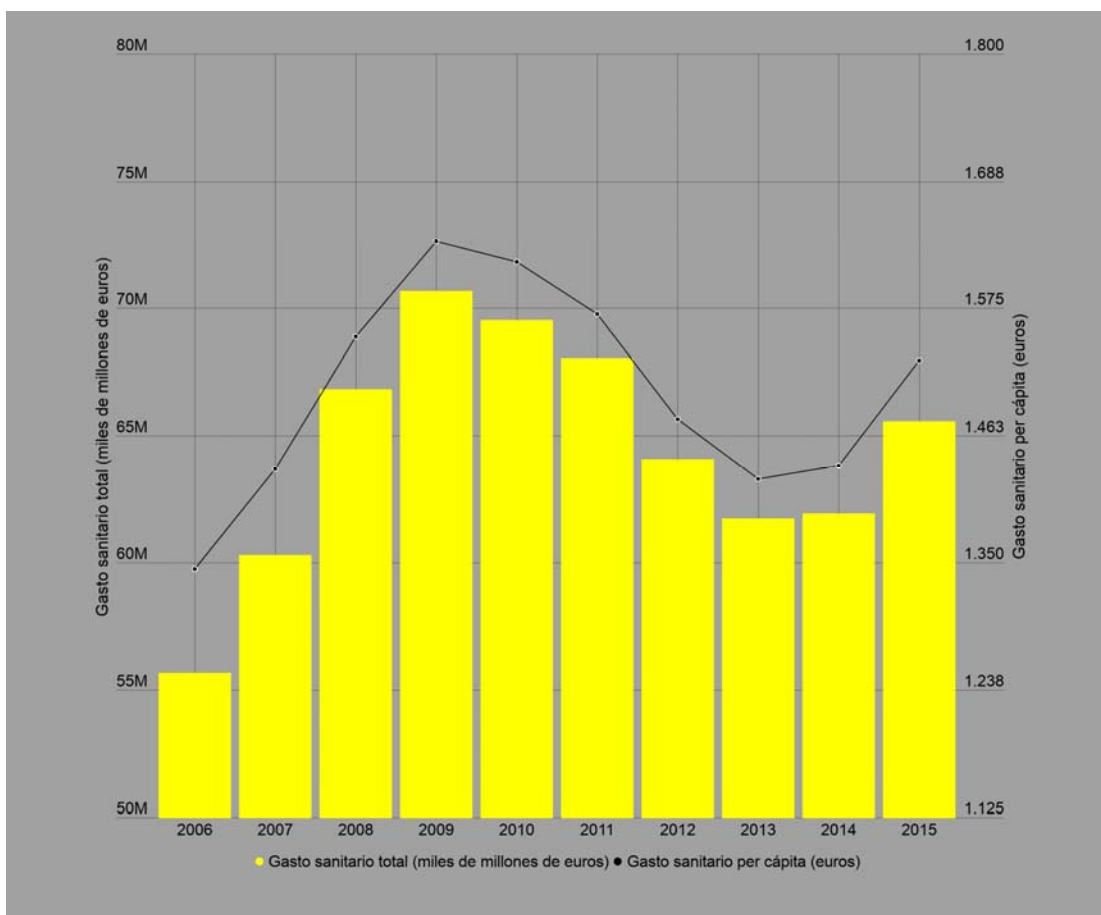
Durante los últimos 10 años, los gobiernos autonómicos han sido responsables de más del 90% del gasto anual en salud pública.⁶⁵

2.1 LAS REDUCCIONES DEL GASTO EN SALUD PÚBLICA

“Estoy enfadado. Creo que la atención sanitaria es muy importante. Ahí no debería haber recortes [...] La atención de salud pública debería ser intocable. Se ocupa de lo más importante para la gente.”

Auxiliar de enfermería del SNS⁶⁶

Gráfico 2: Gasto en salud pública en España, total y per cápita⁶⁷



⁶⁵ Datos de la EGSP, tabla 1.

⁶⁶ Entrevista de Amnistía Internacional, Andalucía, octubre de 2017.

⁶⁷ Gráfico elaborado por Amnistía Internacional, basado en la tabla 1 de los datos de la EGSP y en la tabla 23 de los datos del Sistema de Cuentas de Salud (SCS). Los datos del SCS se pueden consultar en: www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/SCS.htm

Antes de la crisis económica, el gasto en salud pública en España fue aumentando gradualmente. En el periodo comprendido entre 2002 y 2009, ese gasto se incrementó en aproximadamente un 83%.⁶⁸ A partir de 2009, la tendencia se invirtió. El gobierno empezó a recortar el gasto público, incluido el gasto en sanidad. Tal como indica el gráfico 1, el gasto total en salud pública y el gasto per cápita en salud pública (gasto en salud por persona) han disminuido desde 2009. En su punto más bajo, en 2013, el gasto total en salud pública fue de aproximadamente 8.950 millones de euros (12,7%) menos que en 2009. Aunque el gasto en sanidad tanto total como per cápita ha aumentado desde 2013, no ha alcanzado los niveles de 2009, previos a la crisis. La tendencia fue similar en las comunidades autónomas, incluidas Andalucía y Galicia.

En general, la mayor parte del presupuesto sanitario se gasta en atención sanitaria hospitalaria y especializada, productos farmacéuticos y atención sanitaria primaria.⁶⁹ Las reducciones del gasto público en salud se aplicaron de forma generalizada y afectaron a las tres líneas presupuestarias clave; no se protegió especialmente ninguna partida.⁷⁰ Algunos de estos ahorros procedían de medidas que mejoraban la eficiencia y la rentabilidad del SNS sin poner indebidamente en peligro la accesibilidad, asequibilidad y calidad de la asistencia. Por ejemplo, parte de la reducción del gasto farmacéutico procedía de una mayor utilización de medicamentos genéricos, reducciones del precio de los medicamentos y modificaciones en la manera de comprar, envasar y dispensar los medicamentos.⁷¹ Aunque esto es positivo, otros cambios y reducciones (descritos *infra*) afectaron negativamente a la asequibilidad, accesibilidad y calidad de la atención sanitaria.

2.2 DETERIORIO DE LA ASEQUIBILIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA

2.2.1 MEDIDAS DE AUSTERIDAD QUE TRASLADARON ALGUNOS COSTES DE LA ATENCIÓN SANITARIA A LAS PERSONAS

El gobierno introdujo medidas que trasladaron determinados costes sanitarios a las personas. Muchas de estas medidas se introdujeron mediante el RDL 16/2012. El decreto se introdujo con el objetivo de mejorar la “sostenibilidad” del SNS (lo cual incluía la reducción de sus costes) y promover la igualdad en el acceso a atención sanitaria en toda España, elaborando unos criterios comunes para reducir las diferencias en la prestación de asistencia en las distintas comunidades autónomas. El RDL 16/2012 promovió varias medidas que redujeron costes innecesarios y mejoraron la sostenibilidad del SNS, tal como se ha descrito anteriormente. Sin embargo, el Real Decreto Ley incluía también cambios específicos que trasladaban algunos costes sanitarios a las personas individuales, mediante:

- Un incremento de los porcentajes de copago de medicamentos para ciertos grupos. Las personas que ganaran entre 18.000 y 100.000 euros anuales pagarían el 50% (anteriormente era el 40%), y las que ganaran más de 100.000 euros anuales pagarían el 60% (anteriormente el 40%).
- La introducción del copago de medicamentos para algunos grupos que anteriormente no pagaban. Especialmente, tras la introducción del RDL 16/2012, las personas pensionistas, que anteriormente estaban exentas por completo del copago, tenían que pagar un porcentaje de los costes de medicamentos en función de sus ingresos. Los pensionistas que ganaran menos de 18.000 euros anuales tendrían un copago del 10%, con un tope mensual de 8 euros; los que ganaran entre 18.000 y 100.000 euros tendrían un copago del 10%, con un tope mensual de 18 euros; y los que ganaran más de 100.000 euros tendrían un copago del 60%, con un tope mensual de 60 euros. Algunos grupos quedaban exentos de este copago (por ejemplo, las personas que recibieran pensiones no contributivas o las personas desempleadas que no cobraran prestaciones por desempleo), y el copago de algunos medicamentos para enfermedades crónicas era más bajo.

⁶⁸ Datos de la EGSP, tabla 1.

⁶⁹ Por ejemplo, en 2009, el 57% del gasto sanitario de las comunidades autónomas era en atención hospitalaria y especializada, el 20% en productos farmacéuticos y el 14,5% en atención sanitaria primaria.

⁷⁰ Datos de la EGSP, tabla 3.

⁷¹ El RDL 16/2012 introdujo y/o apoyó muchos de estos cambios.

- La ampliación de los criterios según los cuales se incluirían o excluirían de la financiación del SNS medicamentos y dispositivos médicos.⁷² Los criterios para añadir nuevos productos se modificaron para ser más conscientes de los costes.⁷³ También se añadieron criterios para la eliminación de productos del catálogo, como “indicado en el tratamiento de síntomas menores”. A raíz de esto se eliminaron de la cobertura del SNS más de 400 productos.⁷⁴ Tal como se indica *infra*, entre ellos se incluían medicamentos para aliviar el dolor, así como para aliviar síntomas relacionados con enfermedades crónicas.
- La reestructuración de la cartera común de servicios del SNS, y la introducción de tres subcategorías:
 - La cartera común básica, que incluye los servicios asistenciales cubiertos de forma completa por financiación pública.
 - La cartera común suplementaria, que incluye prestaciones que podrían regularse a nivel estatal y están sujetas a aportación del usuario (prestación farmacéutica, prestación ortoprotésica, prestación con productos dietéticos y transporte sanitario no urgente). Anteriormente, algunas de estas prestaciones estaban cubiertas de forma completa por financiación pública en algunas autonomías, y no estaban sujetas a copago.
 - La cartera común de servicios accesorios, que incluye prestaciones que no se consideran esenciales, o que apoyan el tratamiento de una enfermedad crónica o no crónica, y que también están sujetas a copago.

Con la excepción de los cambios en el copago farmacéutico, que se aplicaron casi de inmediato, se necesitaban regulaciones futuras antes de poder aplicar los demás aspectos de esta reestructuración: por ejemplo, antes de introducir el copago para el transporte sanitario no urgente. La estructura de copago aplicable a los productos farmacéuticos se aplicaría a las carteras suplementaria y de servicios accesorios, pero sin los mismos topes. Aunque las comunidades autónomas podían complementar la cartera de servicios comunes con prestaciones financiadas con sus presupuestos individuales, para hacerlo tenían que cumplir unos criterios específicos de estabilidad presupuestaria.

Al mismo tiempo, las personas seguían pagando por prestaciones que nunca habían estado cubiertas por el SNS, como una gran parte de la asistencia dental y óptica.

2.2.2 EL AUMENTO DE LA CARGA ECONÓMICA DE LA ATENCIÓN SANITARIA

En los años previos a la crisis económica, el gasto sanitario tanto público como de las familias fue en aumento en España. Tras el inicio de la crisis económica y la adopción de medidas de austeridad, el gasto sanitario de las familias siguió aumentando igual que antes, mientras que el gasto sanitario público disminuyó (tal como explicamos anteriormente). Aunque el papel del pago directo de las familias en el gasto sanitario total se redujo entre 2004 y 2009, a partir de entonces empezó a aumentar. Primero se redujo del 21,7% (2004) al 18,9% (2009), y luego aumentó al 24,3% (2014).⁷⁵ Las familias siguieron gastando más en sanidad y, lo que es más importante, dedicaron un mayor porcentaje de los gastos del hogar a costes relacionados con la salud.⁷⁶ Esto afectó desproporcionadamente a los grupos económicamente vulnerables, como evidencian las estadísticas de las necesidades sanitarias no satisfechas por motivos económicos. En general, España tiene un índice muy bajo de percepción subjetiva de necesidades sanitarias no satisfechas,⁷⁷ lo cual es positivo. Sin embargo, la percepción subjetiva de necesidades no satisfechas tanto sanitarias como de salud dental por motivos económicos se incrementó más en las personas del segmento

⁷² Artículo 85b, RDL 16/2012.

⁷³ Por ejemplo, el antiguo criterio era la “[r]acionalización del gasto público destinado a prestación farmacéutica”, y el nuevo era la “[r]acionalización del gasto público destinado a prestación farmacéutica e impacto presupuestario en el Sistema Nacional de Salud” (énfasis añadido). De igual modo, mientras que el antiguo criterio era la “[e]xistencia de medicamentos u otras alternativas para las mismas afecciones”, el nuevo criterio era la “[e]xistencia de medicamentos u otras alternativas terapéuticas para las mismas afecciones a menor precio o inferior coste de tratamiento” (énfasis añadido). Los criterios anteriores se pueden encontrar en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-13554>

⁷⁴ www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-10952

⁷⁵ Datos del SCS, tabla 3.

⁷⁶ De 2003 a 2008, las familias en España dedicaron una media del 3,3% del gasto del hogar a la salud. Desde 2009, este porcentaje empezó a aumentar, hasta un máximo de 4,1% en 2014. Datos de Eurostat sobre el consumo familiar por finalidad, en: ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Household_consumption_by_purpose

⁷⁷ Eurostat, *Unmet health care needs statistics - EU-SILC survey*, en: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics. La percepción subjetiva de las necesidades de atención sanitaria y dental no satisfechas “se refiere a la propia evaluación de una persona sobre si necesitaba examen o tratamiento para un tipo específico de atención sanitaria pero no lo tuvo o no lo intentó conseguir”.

de ingresos más bajos, en comparación con las personas del segmento de ingresos más altos, entre 2008 y 2014.⁷⁸ Un reciente estudio de la UE señaló que la diferencia en cuanto a necesidades no satisfechas entre los segmentos de ingresos más bajos e ingresos más altos aumentó de 0,2 puntos porcentuales en 2008 a 1,6 puntos porcentuales en 2014, lo que constituye “un cambio sustancial”.⁷⁹ El estudio concluía también que el 4,4% de la población había dejado de tomar medicaciones prescritas porque eran demasiado caras.⁸⁰



LA HISTORIA DE J:

“Siempre he sido pobre, incluso antes de la crisis. Mis ingresos nunca fueron suficientes”, contó J a Amnistía Internacional. “Sin embargo, después de la crisis las cosas son mucho más difíciles [...] todo es más caro.” Los ingresos mensuales de J son de unos 1.400 euros, y paga 480 euros de alquiler. Con esos ingresos mantiene a su esposo, que no trabaja, y a sus tres hijos. En 2014, J recibió una orden de desahucio para que abandonara la casa en la que llevaba viviendo de alquiler 10 años. Pasó 18 meses recurriendo esa orden. Finalmente fue reubicada en una nueva casa, y ahora recibe una ayuda para vivienda. Aunque trabaja muchas horas, siente una ansiedad constante sobre su estabilidad económica, y sobre si podrá mantener a su familia. “Si se me rompe la nevera, no tengo dinero para arreglarla. No me puedo permitir tratamiento dental para mis hijos. A veces no calentamos la casa porque no tengo dinero”, dijo. Además, recientemente su médico le aconsejó que se sometiera a cirugía bariátrica para su obesidad, pero ella no quiere hacerlo, ya que eso supondría costes adicionales. “[Los suplementos y medicinas] pueden costar unos 50 euros al mes. Me preocupa no poder permitírmelo”, contó. No puede permitirse ninguna clase extracurricular para sus hijos, y le preocupa si podrá pagarles educación superior. “Por mucho que lo intentaba, no era suficiente [...] Es agotador”, dijo. J cree que la ansiedad y el estrés provocados por la orden de desahucio y sus dificultades económicas han contribuido a sus problemas de salud. “Mi obesidad y mis problemas de salud mental están relacionados con mi bienestar emocional. Si no me hubiera visto metida en la demanda [contra el desahucio], si no tuviera tanto estrés, si tuviera más tiempo para mí, me sentiría mejor”, contó.

Amnistía Internacional habló con 107 usuarios y usuarias del SNS y con sus familias y las personas que los atienden. Casi todas las personas entrevistadas dijeron estar preocupadas por el incremento de las cargas económicas y los gastos desde que comenzó la crisis y se introdujeron medidas de austeridad. Esto se debía a una combinación de motivos: muchas personas no podían encontrar empleo durante la crisis; muchas describieron cómo había disminuido el valor de sus ingresos (por ejemplo, porque los salarios y las pensiones no habían aumentado al mismo ritmo que los costes, o porque no podían acceder a prestaciones necesarias); y algunas tenían que mantener con los mismos ingresos que antes a más personas que dependían de ellas. “Ahora con mi pensión no consigo llegar a fin de mes”, contó una mujer a Amnistía Internacional. “Vivo al día: tengo tres hijos que están desempleados”, contó otra mujer.

Todas estas personas dijeron al equipo de investigación de Amnistía Internacional que la cantidad que gastaban en atención sanitaria había aumentado desde que empezó la crisis y se introdujeron medidas de austeridad. Esto tenía mucho que ver con el copago recientemente introducido o aumentado (dependiendo de las circunstancias individuales) y con el hecho de que tenían que pagar por medicinas que antes recibían gratuitamente, unido a los costes de atención sanitaria que nunca estuvieron cubiertos por el SNS. Aunque las cantidades en cuestión no son altas, las personas entrevistadas explicaron que les suponen un esfuerzo considerable a causa de sus bajos ingresos o porque ahora deben mantener a más personas con esos mismos ingresos.

La mayoría de las personas supervivientes de cáncer entrevistadas por Amnistía Internacional explicaron que muchos de los medicamentos para paliar los efectos secundarios de su tratamiento contra el cáncer, así como los posibles problemas derivados de su enfermedad, no estaban cubiertos por el SNS. Si se los

⁷⁸ Eurostat, *Unmet health care needs statistics - EU-SILC survey*, en: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics. Las necesidades sanitarias no satisfechas aumentaron del 0,4% (2008) al 1,3% (2014) en el primer quintil (los ingresos más bajos), pero disminuyeron del 0,2% (2008) a 0 en el quinto quintil (los ingresos más altos). Las necesidades de salud dental no satisfechas por motivos económicos aumentaron del 8,3% (2008) al 17,5% (2014) para el primer quintil. Sin embargo, sólo aumentaron del 0,8% (2008) al 0,9% (2014) para el quinto quintil.

⁷⁹ Comisión Europea, Informe sobre España 2018, SWD (2018) 207, en: <https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2018-european-semester-country-report-spain-es.pdf>

⁸⁰ Comisión Europea, Informe sobre España 2018, SWD (2018) 207, en: <https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2018-european-semester-country-report-spain-es.pdf>

recetaban, tenían que pagarlos en su totalidad. Muchas personas señalaron la ansiedad y la carga económica que les causaba el incremento de los costes de la atención sanitaria. “Pagar las medicinas supone un esfuerzo enorme”, contó a Amnistía Internacional L, una persona mayor que recientemente se había sometido a cirugía.⁸¹ “Si mi hijo tuviera un trabajo estable, sería más fácil, y no tendríamos tantas preocupaciones”, añadió. Q, otra persona mayor superviviente de cáncer que paga unos 90 euros al mes, dijo: “Sólo espero no tener que tomar más medicinas”.⁸²

Muchas personas dejaron claro que sólo podían permitirse esas medicinas porque contaban con el apoyo de familiares, y que no habrían podido pagarlas con sus propios ingresos. Por ejemplo, D,⁸³ una mujer que había sido sometida a una mastectomía y había recibido quimioterapia por un cáncer de mama en 2017, explicó que pagaba unos 100 euros al mes por medicamentos recetados para paliar los efectos secundarios del cáncer y de su tratamiento: suplementos nutricionales, cremas y lociones para aliviar el dolor, y jarabes para la tos para hacer frente a los efectos secundarios de la quimioterapia. Durante su enfermedad y tratamiento (más de un año) no había podido trabajar, y dependía de sus ahorros y de la ayuda de sus padres para pagar sus gastos médicos. “Por suerte, mi padre está jubilado y cobra una pensión, pero ¿qué pasa si no tienes ese apoyo familiar?”, dijo.



R:⁸⁴ “SIN MI HERMANA [...] SERÍA DIFÍCIL PAGAR LAS MEDICINAS.”

R ha estado recibiendo atención de salud mental a través del SNS. Recibe una pensión no contributiva de 368 euros. Vive en una residencia pública para personas con enfermedades mentales, por la que tiene que pagar 248 euros. Eso le deja únicamente 120 euros para todos sus gastos mensuales. R ha estado tratando de encontrar un empleo, pero le resulta difícil por su enfermedad y porque las oportunidades de empleo escasean. Por ello, incluso cuando necesita medicamentos normales (como jarabe para la tos o crema para las verrugas) tiene que pedir ayuda a su familia o prescindir de esos medicamentos. La principal fuente de ingresos en su familia es su hermana, y tanto R como su madre dependen de ella. “Sin mi hermana [...] sería difícil pagar las medicinas”, contó.

Otras personas contaron a Amnistía Internacional que, por motivos económicos, o bien no accedían a toda la atención sanitaria que necesitaban (por ejemplo, todos sus medicamentos), o bien tenían que elegir entre pagar la atención sanitaria u otros gastos. Por ejemplo, V, un hombre con una discapacidad física y que tiene fuertes dolores en la pierna, tiene problemas para hacer frente al coste de los medicamentos. Contó a Amnistía Internacional: “No puedo vivir con ese dolor, tengo que tomar mis medicinas. O tomo las medicinas, o me suicido [a causa del dolor] [...] así que, si tengo que matarme de hambre, lo hago, porque tengo que comprar las medicinas”.⁸⁵

E,⁸⁶ una mujer de 44 años, ha sufrido muchas enfermedades. Recientemente recibió tratamiento para el cáncer de mama, y también padece artritis reumatoide, espondilitis y la enfermedad de Crohn.⁸⁷ En 2017, los síntomas de su enfermedad de Crohn se agravaron mucho. En marzo de 2017, su médico la puso en lista de espera para cirugía, y le dijo que la operarían en un plazo de tres o cuatro meses. Cuando Amnistía Internacional habló con ella en octubre de 2017, aún estaba a la espera de la cirugía. Mientras tanto, le habían recetado medicación para paliar los síntomas de la enfermedad, pero muchos de esos medicamentos no están cubiertos por el SNS. Tiene que pagar unos 60 euros al mes. E no trabaja, y vive de una pequeña pensión por discapacidad; le preocupa el coste de sus medicamentos. “Tomo menos de lo que el médico me recetó [...] Trato de tomar menos [...] para que me duren más.” A consecuencia de ello, sigue teniendo molestias, pues los síntomas persisten. “Si tuviera más dinero, me iría a la sanidad privada”, dijo. “Es terrible lo que está sucediendo.”

El equipo de investigación de Amnistía Internacional también habló con otros pacientes de cáncer que tenían dificultades para pagar el coste de los medicamentos que necesitan. G, una mujer de 44 años,⁸⁸ contó a Amnistía Internacional que a menudo no compraba las medicinas que necesitaba durante dos o tres

⁸¹ Entrevista de Amnistía Internacional, Galicia, octubre de 2017.

⁸² Entrevista de Amnistía Internacional, Galicia, octubre de 2017.

⁸³ Entrevista de Amnistía Internacional, Galicia, octubre de 2017.

⁸⁴ Entrevista de Amnistía Internacional, Andalucía, octubre de 2017.

⁸⁵ Entrevista de Amnistía Internacional, Andalucía, enero de 2018.

⁸⁶ Entrevista de Amnistía Internacional, Andalucía, octubre de 2017.

⁸⁷ La enfermedad de Crohn es una afección prolongada que causa inflamación del recubrimiento del sistema digestivo. Los síntomas incluyen fuerte dolor abdominal y diarrea (véase: <https://www.fascrs.org/patients/disease-condition/enfermedad-de-crohn>).

⁸⁸ Entrevista de Amnistía Internacional, Galicia, octubre de 2017.

meses, por motivos económicos. G dejó de trabajar a causa del cáncer, y desde entonces no ha podido encontrar trabajo. Por ejemplo, explicó que el cáncer le provocó una menopausia precoz. Le recetaron cremas para la sequedad vaginal, sin las cuales, según dijo, “la vida habría sido dolorosa” para ella. Sin embargo, ninguna de esas cremas estaba cubierta por el SNS. “Tienes que pagar por las medicinas que te recetan, y es mucho dinero. Y mis ingresos son muy bajos. Por eso, a veces no podía permitirme pagar las medicinas [...] Pedí [a los médicos] que me recetaran alguna que estuviera en el catálogo, pero me dijeron que ninguna lo estaba.”

O, que también tuvo cáncer, es una mujer de 53 años.⁸⁹ Contó a Amnistía Internacional que muchos de sus costes sanitarios no están cubiertos por el SNS, especialmente los costes de los medicamentos destinados a aliviar los efectos secundarios del cáncer. Entre esos medicamentos hay cremas para aliviar el dolor y los sarpullidos causados por su prótesis de mama, así como medicamentos para el estreñimiento. La crema, por ejemplo cuesta 20 euros el tubo, y hay semanas en las que la necesita más o menos una vez a la semana. O está divorciada y es la cuidadora principal de su hijo. Sus únicos ingresos regulares son su pensión de discapacidad, que asciende a unos 385 euros al mes. Preocupada por su situación económica, hay meses en los que no compra parte de la medicación. Ha estado tratando de encontrar empleo, pero le resulta difícil por su enfermedad, porque hay muchos tipos de trabajos que físicamente no puede realizar, como los que requieren esfuerzo físico y jornadas largas.



C:⁹⁰

C, una mujer de 65 años, es usuaria regular del sistema de salud pública de España. “Tengo muchos problemas de salud y muchas complicaciones. Por eso utilizo varios servicios”, contó. Ha tenido cáncer de mama, metástasis en los pulmones, dos reemplazos de cadera, dos reemplazos de rodilla y cuatro prótesis diferentes, y durante los últimos tres años ha estado utilizando una silla de ruedas. Hasta una semana antes de que Amnistía Internacional hablara con ella, también necesitaba oxigenoterapia continuada. C vive sola y tiene una cuidadora a tiempo completo que vive con ella. “Necesito ayuda todo el día. Necesito ayuda para ducharme. No podría ponerme la mascarilla de oxígeno sin ayuda. No me puedo quitar la ropa para ir al baño o ducharme, porque apenas tengo fuerza en los brazos. También me despierto muchas veces por la noche, y necesito ayuda.”

Desde la crisis, la mayor preocupación de C son los costes de su atención sanitaria. Sus gastos sanitarios son de entre 60 y 80 euros al mes, mucho más que antes de la crisis. Paga el nuevo copago por los medicamentos para la terapia hormonal relacionada con su cáncer. Antes de que se introdujera el Real Decreto Ley 16/2012, no tenía que pagar por ellos. Paga por muchas medicinas por las que antes no tenía que pagar, entre ellas medicamentos para los gases o para la tos crónica, y cremas para la prótesis de mama. También tiene que pagar por muchos artículos asociados a su enfermedad que no están cubiertos por el sistema de salud. “Llevo una prótesis mamaria a causa del cáncer de mama [...] Por eso necesito sujetadores especiales, y cada uno cuesta entre 80 y 100 euros. Y, claro, tengo que tener más de un sujetador.” Según contó a Amnistía Internacional, antes recibía un subsidio para el sujetador. Además, también paga unos 30 euros al mes por servicios privados de rehabilitación física, ya que hay una larga lista de espera para acceder a la rehabilitación a través del SNS.

C no trabaja a causa de su estado de salud. Tiene una pensión mensual de 1.600 euros. Gasta 600 euros de hipoteca, 600 para pagar a su cuidadora y 63 de impuestos, y le quedan poco más de 300 euros para todos sus gastos de subsistencia, incluidos los medicamentos, la electricidad y la comida. “Hay meses que no me da de sí”, contó a Amnistía Internacional. “El mes que tengo que comprar un sujetador, sólo me tomo la mitad de las pastillas, para gastar menos.”

La mayoría de los 75 profesionales de la salud que compartieron información con Amnistía Internacional para este informe dijeron también que habían visto un incremento en las dificultades y las preocupaciones de sus pacientes respecto a los costes de la atención sanitaria desde que empezó la crisis y se introdujeron las medidas de austeridad. Algunos se refirieron explícitamente al copago a este respecto. “Muchas personas me dicen: ‘por favor, recéteme algo barato para que pueda pagarlo’”, dijo un médico.⁹¹ Otro médico dijo: “No creí que esta cuestión se convirtiera en un problema pero, después de la crisis, veo

⁸⁹ Entrevista de Amnistía Internacional, Galicia, octubre de 2017.

⁹⁰ Entrevista de Amnistía Internacional, Andalucía, octubre de 2017.

⁹¹ Entrevista de Amnistía Internacional, octubre de 2017.

muchas personas mayores que no pueden afrontar los costes de los medicamentos”.⁹² De igual modo, otra doctora mencionó que sus pacientes a menudo le dicen: “Si nos da una receta ahora, compraré la medicina a principios del mes que viene, cuando cobre”.⁹³ Un coordinador de un grupo de la sociedad civil que trabaja con personas que viven en la pobreza contó: “Teníamos un gran sistema de sanidad pública. Después de la crisis ha habido grandes recortes. Veo a gente que tiene muchas dificultades para acceder a la medicación”.⁹⁴ Según dijo, esto es así especialmente en el caso de las personas que se quedaron sin hogar a raíz de la crisis.

Estas observaciones se reflejan también en otros estudios cualitativos en los que participaron profesionales de la asistencia sanitaria. En un estudio realizado en Madrid, los médicos de atención primaria informaron de que habían visto que los copagos creaban barreras al acceso; incluso había pacientes que, por motivos económicos, no seguían el tratamiento, o pedían que les cambiaran los medicamentos por otros más baratos.⁹⁵ En otro estudio diferente, los profesionales de la salud de Valencia hablaron también de varios casos de pacientes que no podían permitirse la medicación a causa del copago.⁹⁶ El comisario para los Derechos Humanos del Consejo de Europa también concluyó que el aumento del copago para la medicación y los recortes en servicios de sanidad pública tenían “efectos desproporcionados en las personas con discapacidad”.⁹⁷

⁹² Entrevista de Amnistía Internacional, octubre de 2017.

⁹³ Entrevista de Amnistía Internacional, octubre de 2017.

⁹⁴ Entrevista de Amnistía Internacional, Andalucía, octubre de 2017.

⁹⁵ J Heras-Mosteiro *et al*, “Health Care Austerity Measures in Times of Crisis: The Perspectives of Primary Health Care Physicians in Madrid, Spain”, *International Journal of Health Services*, 2015, 46(2), p. 283 [en adelante: J Heras-Mosteiro *et al*, 2015]

⁹⁶ F Cervero-Liceras *et al*, “The effects of the financial crisis and austerity measures on the Spanish health care system: A qualitative analysis of health professionals’ perceptions in the region of Valencia”, *Health Policy*, 2015, 119, p. 100 [en adelante: F Cervero-Liceras *et al*, 2015].

⁹⁷ Informe de Nils Muiznieks, comisario para los Derechos Humanos del Consejo de Europa, tras su visita a España del 3 al 7 de junio de 2013, Comm. DH (2013) 18, en: http://www.nadiesinfuturo.org/IMG/pdf/CommDH_2013_18_ES.pdf [en adelante: Consejo de Europa, informe del comisario para los Derechos Humanos, 2013].

EL IMPACTO DEL COPAGO

En el contexto de la crisis económica, la Organización Mundial de la Salud ha declarado que la introducción del copago es una medida que probablemente disminuya el acceso a la atención sanitaria,⁹⁸ ya que muchas de las personas usuarias tienen problemas para hacer frente a los repentinos costes adicionales. Un documento de trabajo de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) sobre las medidas de austeridad en la atención sanitaria señalaba: “El copago sigue siendo un instrumento de política burdo que puede tener muchas consecuencias indeseadas, especialmente cuando la crisis económica reduce simultáneamente los ingresos de buena parte de la ciudadanía. Persiste el riesgo de que la ciudadanía renuncie a una asistencia efectiva, lo que puede tener consecuencias adversas en la salud a largo plazo”.⁹⁹ La introducción y el incremento del copago en España durante la crisis económica aumentaron la carga financiera de la atención sanitaria para personas ya afectadas por el impacto de la crisis. Los estudios cuantitativos han analizado los datos gubernamentales sobre el número de recetas dispensadas en España después de que se introdujeran los cambios en la estructura del copago. Concluyeron que, aunque el número total de recetas dispensadas se redujo en varias comunidades autónomas en los primeros 14 meses después de los cambios, desde entonces los niveles se han ido ajustando hacia los anteriores a la adopción de las medidas de austeridad.¹⁰⁰ Sin embargo, estos datos cuantitativos no indican qué grupos podrían sufrir desproporcionadamente los efectos del copago, o qué medicamentos podrían verse especialmente afectados.¹⁰¹ Tal como se señala en López-Valcárcel *et al.*: “Puesto que, para los no pensionistas (al contrario que para los pensionistas), no se establece ningún tope máximo al copago [...] el coste de la medicación puede representar un nivel de gasto catastrófico para las familias pobres”.¹⁰²

Además, el contenido completo de las carteras suplementaria y de servicios accesorios aún no se ha elaborado.¹⁰³ Las reformas introducidas por el RDL 16/2012 significan que las normativas futuras pueden incluir copago por servicios que anteriormente eran gratuitos. Desde entonces, el gobierno ha tratado de introducir copago para el transporte sanitario no urgente, los productos dietéticos y ciertas prestaciones ortoprotésicas.¹⁰⁴ Esta propuesta fue criticada por las personas usuarias de la sanidad, las asociaciones de pacientes y los órganos profesionales por hacer recaer una carga económica desproporcionada en las personas de edad, las personas con problemas de salud crónicos y las personas con discapacidad.¹⁰⁵ Un informe del Consejo de Estado cuestionó también cuánto se ahorraría con esta propuesta, habida cuenta de los costes de poner en práctica un mecanismo normativo para recaudar estos copagos.¹⁰⁶ La propuesta

⁹⁸ Organización Mundial de la Salud, *Health policy responses to the financial crisis in Europe*, resumen de política 5, p ix-x, en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/170865/e96643.pdf [en adelante: OMS, *Health policy responses to the crisis*]. Para el impacto del copago más en general, véase también: journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001490

⁹⁹ K Gool *et al.*, “Health, Austerity and Economic Crisis: Assessing the Short-Term Impact in OECD Countries”, OECD Health Working Papers, N° 76 (2014).

¹⁰⁰ Puig Junoy *et al.*, “Paying for formerly free medicines in Spain after 1 year of co-payment”, *Applied Health Economics and Health Policy*, 2014, 12(3), p. 279. B López-Valcárcel *et al.*, “Economic Crisis, Austerity Policies, Health and Fairness: Lessons Learned in Spain”, *Applied Health Economics and Health Policy*, 2017, p. 13 [en adelante: B López-Valcárcel *et al.*, 2017].

¹⁰¹ El sistema gallego de salud realizó un estudio sobre el impacto del nuevo copago en 2013. Ese estudio midió la diferencia en los índices de compra de medicamentos recetados entre grupos que tenían copago y grupos que no lo tenían. Según señaló, para algunos medicamentos los índices no eran muy diferentes, lo que significaba que las personas compraban esos medicamentos independientemente de si tenía copago o no. En el caso de otros medicamentos, las personas que tenían que someterse a copago compraban menos medicinas recetadas. El gobierno lo explicó diciendo que los medicamentos en los que los índices no habían variado eran “necesarios”, y que por tanto las personas los compraban. Y que los medicamentos en los que los índices sí habían variado eran para enfermedades “menos urgentes”, como los analgésicos o el paracetamol, y por tanto las personas optaban por no comprarlos. Por ello, el gobierno consideraba que el copago no tenía ningún impacto. Las conclusiones de este estudio no deben utilizarse para respaldar la conclusión de que el copago no tuvo impacto, por dos motivos. En primer lugar, el estudio no comparaba los cambios a lo largo del tiempo dentro de los mismos grupos. Por ejemplo, no comparaba los cambios en la medicación comprada por pensionistas que antes de 2012 no tenían copago y ahora sí lo tenían. El estudio comparaba a personas que tenían copago con otras que no lo tenían en 2013. En segundo lugar, todos los medicamentos del estudio habían sido recetados por médicos y, por tanto, se consideraban médicamente necesarios. La distinción hecha por el gobierno entre medicamentos “necesarios” y “menos urgentes” no cambia el hecho de que las personas que tenían copago compraban menos cantidad de determinados medicamentos recetados en comparación con quienes no lo tenían

¹⁰² B López-Valcárcel *et al.*, 2017.

¹⁰³ La cartera común suplementaria incluye prestaciones que podrían regularse a nivel nacional y están sujetas a aportación del usuario (prestación farmacéutica, prestación ortoprotésica, prestación con productos dietéticos y transporte sanitario no urgente). Anteriormente, algunas de estas prestaciones estaban cubiertas de forma completa por financiación pública en algunas autonomías, y no estaban sujetas a copago. La cartera común de servicios accesorios incluye prestaciones que no se consideran esenciales, o que apoyan el tratamiento de una enfermedad crónica o no crónica, y que también están sujetas a copago.

¹⁰⁴ elpais.com/sociedad/2012/12/12/actualidad/1355347847_448190.html;

www.elmundo.es/elmundo/2012/04/24/espana/1335249973.html;

www.eladelantado.com/nacional/cada_trayecto_en_ambulancia_no_urgente_costara_cinco_euros/

¹⁰⁵ Véase, por ejemplo: ecodiario.economista.es/salud/noticias/4469285/12/12/ALCER-confia-en-que-no-se-aplique-el-copago-en-el-transporte-sanitario-no-urgente-para-los-pacientes-en-hemodialisis.html; www.madridiario.es/noticia/216358/social/los-discapacitados-rechazan-que-las-muletas-y-sillas-de-ruedas-entren-en-el-copago-farmacaceutico.html;

¹⁰⁶ En archivo de Amnistía Internacional.

posteriormente se retiró.¹⁰⁷ La Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) advirtió de que existe el riesgo de que, cuando este catálogo se elabore, puedan incluirse en la cartera común de servicios accesorios —y, por tanto, requerir copago— servicios importantes para las personas supervivientes de cáncer, como la atención psicológica después de la enfermedad.¹⁰⁸

El Defensor del Pueblo dijo a Amnistía Internacional que su oficina había recibido varias denuncias de personas que tenían que realizar copago por medicamentos y pagar por medicinas que ya no están financiadas por el SNS.¹⁰⁹ En su informe más reciente, el Defensor del Pueblo señaló que la reforma de 2012 “ha dejado importantes lagunas y contradicciones que perjudican la situación de muchos pacientes en situación de vulnerabilidad”, y recomendó que se excluya del copago a más grupos (por ejemplo, personas con recursos limitados, personas con discapacidad y pacientes crónicos) y que el modelo de copago se haga más progresivo.¹¹⁰ El *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2015* señalaba que el 65,8% de la ciudadanía opinaba que el nuevo sistema de prestación farmacéutica debería contemplar más tramos “para una aportación más adecuada al nivel de renta”.¹¹¹

2.3 DETERIORO DEL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA Y DE SU CALIDAD

2.3.1 MEDIDAS DE AUSTERIDAD RELACIONADAS CON EL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA Y SU CALIDAD

A. CAMBIOS EN EL DERECHO A LA COBERTURA DEL SNS

El RDL 16/2012 modificó la naturaleza del SNS, que pasó de ser un sistema universal a ser un sistema en el que el acceso gratuito a la sanidad pública estaba limitado a las personas que ostenten la condición de “asegurado” y sus “beneficiarios”: es decir, personas empleadas en España, pensionistas y receptores de otras prestaciones de la seguridad social.¹¹² Aunque el decreto confirmó que todas las personas desempleadas podían acceder gratuitamente al SNS, en la práctica excluyó de la cobertura gratuita a “extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España” o a las personas migrantes en situación irregular. Estas personas anteriormente podían acceder a atención sanitaria gratuita a través del SNS. Después del RDL 16/2012, sólo tienen derecho a atención gratuita cuando se trate de atención de urgencia o de asistencia al embarazo, parto y postparto. Todos los menores de edad tienen derecho a asistencia sanitaria gratuita.¹¹³ Las personas “solicitantes de protección internacional” y las víctimas de trata tienen cubierta la atención de urgencia, el tratamiento básico de enfermedades y “la atención necesaria, médica o de otro tipo”.¹¹⁴ Amnistía Internacional ya evaluó en publicaciones anteriores las consecuencias de los cambios en la ley para las personas extranjeras, y por tanto en este informe no se ha centrado en esta cuestión.¹¹⁵

¹⁰⁷ elpais.com/sociedad/2014/01/13/actualidad/1389632716_166997.html

¹⁰⁸ Asociación Española Contra el Cáncer, *Análisis de las medidas del Real Decreto-Ley 16/2012 en las prestaciones sanitarias y su impacto en el colectivo de pacientes de cáncer*, 2013, en:

https://www.aecc.es/Investigacion/observatoriodelcancer/Estudiosrealizados/Documents/Informe_Impacto_RDL16_2012_aecc2013.pdf

¹⁰⁹ Correo electrónico enviado a Amnistía Internacional el 7 de marzo de 2018 en respuesta a una serie de preguntas.

¹¹⁰ Defensor del Pueblo, *Informe anual 2017 y debates en las Cortes Generales: Volumen I. 2, Crisis económica y desigualdad*, Madrid 2018, p.68, en: https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2018/03/Informe_anual_2017_vol.1.2_Crisis_economica.pdf

¹¹¹ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2015*.

¹¹² Artículo 3, RDL 16/2012.

¹¹³ Artículo 3.3, RDL 16/2012.

¹¹⁴ RDL 1192/2012.

¹¹⁵ AI España, 2015, y AI España, 2013.

EL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA Y LAS PERSONAS MIGRANTES EN SITUACIÓN IRREGULAR

La exclusión de las personas migrantes adultas en situación irregular del acceso gratuito a muchos aspectos de la atención sanitaria fue uno de los aspectos más controvertidos del RDL 16/2012. Desde 2012, se calcula que casi 750.000 personas migrantes se han visto excluidas de la cobertura gratuita del SNS.¹¹⁶ Varios gobiernos autonómicos discreparon de esta decisión, y restauraron el acceso a atención sanitaria para las personas migrantes en situación irregular dentro de su jurisdicción.¹¹⁷ Sin embargo, en un informe anterior, Amnistía Internacional documentó cómo algunos centros médicos seguían cobrando por servicios de emergencia o negando el acceso a atención sanitaria a personas que deberían haber estado cubiertas.¹¹⁸ La discrepancia entre las normas estatales y autonómicas sobre el acceso tuvo un efecto disuasorio: muchas personas no trataban de obtener la atención sanitaria a la que tenían derecho, pues pensaban que se la negarían.¹¹⁹ Los grupos de la sociedad civil, incluida Amnistía Internacional, se han opuesto a esta medida, por considerar que viola el derecho a la salud. Varios órganos de la ONU y expertos internacionales han pedido que la medida se revise.¹²⁰

En una decisión de 2017, el Tribunal Constitucional declaró inconstitucional un decreto aprobado por el gobierno del País Vasco que, en la práctica, concedía a las personas migrantes en situación irregular acceso gratuito a atención sanitaria pública; para ello, el Tribunal alegó que el gobierno autonómico no tenía competencia jurisdiccional para hacer esos cambios.¹²¹ Esto suscita dudas sobre hasta qué punto pueden los gobiernos autonómicos tomar decisiones políticas que sean contrarias a la normativa sanitaria del gobierno central, incluidas otras disposiciones del RDL 16/2012.

B. MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO

Como parte de las reducciones del gasto en salud pública, también se redujo el gasto en remuneración del personal sanitario: en 2013, este gasto era un 10% más bajo que en 2009.¹²² Una de las vías utilizadas para lograrlo fue limitar la contratación y modificar las condiciones de trabajo. El gobierno central introdujo cambios en las condiciones laborales de todo el personal que trabajaba en el sector público. Ese personal incluía médicos, personal de enfermería y todos los demás trabajadores y trabajadoras sanitarios que formaban parte del SNS. El gobierno amplió la jornada laboral a 37,5 horas, sin el correspondiente aumento salarial (antes de 2012, el personal sanitario del sector público tenía una jornada laboral de 35 horas semanales).¹²³ Introdujo restricciones a las nuevas contrataciones y limitó la sustitución del personal en caso de vacantes, jubilaciones, etc., al 10% de las vacantes.¹²⁴ También redujo salarios y prestaciones, con congelaciones de los ascensos y el desarrollo profesional, reducción de los días de vacaciones, formación, etc.¹²⁵ La crisis económica dio asimismo lugar a una mayor dependencia de los contratos temporales en el SNS, lo que supuso un deterioro de las condiciones de trabajo. En una entrevista con el equipo de investigación de Amnistía Internacional, representantes del servicio de salud de Galicia y Andalucía

¹¹⁶ Al España, 2015, p. 4.

¹¹⁷ www.es.amnesty.org/en-que-estamos/noticias/noticia/articulo/cientos-de-miles-de-personas-sin-tarjeta-sanitaria-ausencia-de-evaluacion-del-impacto-en-sus-vidas/

¹¹⁸ Al España, 2015, y Al España, 2013.

¹¹⁹ Al España, 2015, y Al España, 2013.

¹²⁰ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud de los artículos 16 y 17 del Pacto, doc. ONU E/C.12/ESP/CO/5, 6 de junio de 2012, párr. 19 [en adelante: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observaciones finales, España, 2012]; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de España, doc. ONU CEDAW/C/ESP/CO/7-8, 29 de julio de 2015, párr. 30 y 31; Comisión Europea contra el Racismo y la Intolerancia, Informe de la ECRI sobre España, 5 de diciembre de 2017, párr. 80.

¹²¹ www.es.amnesty.org/en-que-estamos/noticias/noticia/articulo/el-tribunal-constitucional-profundiza-la-exclusion-sanitaria-y-limita-la-capacidad-de-las-comunidad/

¹²² Datos del ESGP. Esto ha empezado a mejorar, pero en 2015 (último año para el que había datos disponibles en el momento de la publicación) aún no había llegado a los niveles de 2009. Por ejemplo, fueron 31.336.619 € en 2009; 27.778.955 € en 2013; y 28.908.257 € en 2015.

¹²³ Artículo 4, Real Decreto Ley 20/2011.

¹²⁴ Artículo 3, Real Decreto Ley 20/2011. Desde entonces se ha incrementado, y en 2016 el índice admisible de reposición llegó al 100%. Sin embargo, no todos los puestos se han cubierto.

¹²⁵ Los salarios del personal sanitario se recortaron un 5% en 2010, y luego permanecieron congelados durante cuatro años. En 2012, estos profesionales no recibieron su paga extraordinaria anual. Algunos gobiernos autonómicos introdujeron recortes salariales adicionales. Las estimaciones sugieren que estas medidas han provocado una reducción salarial efectiva de entre el 5% y el 9% en este período, y una pérdida de poder adquisitivo de hasta el 30%. Véase www.cesm-galicia.org/blog/?p=11578; www.eldiario.es/economia/saldo-crisis-salarios-cayeron_0_581642051.html; www.consalud.es/profesionales/cual-es-de-verdad-el-sueldo-de-los-sanitarios-que-montoro-promete-incrementar_46376_102.html.

confirmaron que habían contratado a personal sanitario con contratos temporales para llenar los vacíos necesarios durante los años en los que se limitaron los índices de reposición de los puestos vacantes.¹²⁶

En el periodo entre 2011 y 2014 se ha producido una disminución del número de profesionales sanitarios empleados por el SNS. Según datos oficiales del Ministerio de Hacienda y Función Pública, el Sistema Nacional de Salud perdió casi 28.500 trabajadores y trabajadoras entre 2012 (cuando la cifra total era de 505.185) y 2014 (cuando la cifra total era de 476.689).¹²⁷ Desde entonces, el número ha aumentado, pero no ha vuelto a los niveles de 2012 (en 2017, la cifra de profesionales era de 490.509).¹²⁸ Estas cifras incluyen a todo el personal que trabaja en el SNS —asistentes sociales, personal farmacéutico, psicólogos y psicólogas, etc.—, no sólo personal médico y profesionales de la enfermería. Según el informe anual del sistema sanitario publicado por el gobierno de España, en el país había 1.229 médicos y médicas menos entre 2012 y 2013, y 2913 profesionales de la enfermería menos entre 2011 y 2013.¹²⁹

C. “COMPLEMENTOS” DE RENDIMIENTO

Aunque las estructuras de remuneración del personal sanitario pueden variar dependiendo de las comunidades autónomas, en muchos casos consisten en una cantidad salarial fija y un pequeño porcentaje que se paga dependiendo de si se han cumplido unos objetivos preestablecidos basados en el rendimiento: lo que se conoce como “complementos”.¹³⁰ En entrevistas con Amnistía Internacional, varios profesionales de la salud señalaron que, tras el inicio de la crisis, el personal sanitario se vio sometido a una presión cada vez mayor para cumplir los objetivos vinculados a garantizar un ahorro económico para el SNS. Tal como nos dijo una enfermera: “Antes, nuestros objetivos consistían más en la calidad de la asistencia. Ahora son puramente económicos”.¹³¹ Aunque la estructura de complementos difiere de una comunidad autónoma a otra, Amnistía Internacional obtuvo una lista de los objetivos establecidos para el personal sanitario en los hospitales de Galicia para 2017. Algunos de los objetivos económicos incluidos en la lista eran mantener el coste medio por receta por debajo de 12,8 euros y respetar un límite máximo en el coste de la atención por usuario, con un ajuste dependiendo de la edad.¹³² Aunque los complementos vinculados a objetivos económicos en Galicia eran un pequeño porcentaje de los complementos totales, hubo profesionales sanitarios que dijeron a Amnistía Internacional que antes de la crisis no recibían tantas presiones para cumplir esos objetivos como después de la crisis.¹³³

Al igual que los complementos para los profesionales de la salud, según se informó en las entrevistas a Amnistía Internacional, los criterios con los que se evaluaba a los centros de salud también estaban cada vez más orientados al ahorro económico. Amnistía Internacional se puso asimismo en contacto con 20 centros de salud seleccionados al azar en Andalucía y Galicia, para pedirles una lista de criterios. Sólo un centro de salud de Andalucía respondió con un documento, según el cual los criterios incluían reducir el número de pacientes remitidos a ciertos tipos de atención especializada, y reducir el coste de la atención por paciente.¹³⁴

Varios profesionales sanitarios explicaron el motivo por el que los complementos basados en objetivos económicos les suponían un problema. “Esto puede promover conductas que no son las mejores. Médicamente no es la mejor práctica tomar decisiones médicas basándose en criterios económicos”, dijo un médico.¹³⁵ Otro dijo: “Los complementos por objetivos económicos pueden promover [en médicos]

¹²⁶ Entrevistas de Amnistía Internacional, enero y febrero de 2018. Los informes recientes sugieren que se ha contratado a 170.000 profesionales de la salud con contratos de corta duración como “personal temporal” <http://hspm.org/countries/spain25062012/livinghit.aspx?Section=3.6%20Payment%20mechanisms&Type=Section#42TheWorkforceintheNationalHealthSystemhasfallenby6%since2012>

¹²⁷ En 2012 la cifra total fue de 505.185. Véase Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, *Boletín estadístico del personal al servicio de las Administraciones Públicas. Registro Central de Personal, Enero 2012* [en adelante: Registro Central de Personal], http://www.sefp.minhfp.gob.es/dam/es/web/publicaciones/centro_de_publicaciones_de_la_sgt/Periodicas/parrafo/Boletin_Estadis_Personal/BoI_estad_pers-ener12-INTERNET.pdf. En 2014, la cifra se había reducido a 476.689. Véase Registro Central de Personal 2014, http://www.sefp.minhfp.gob.es/dam/es/web/publicaciones/centro_de_publicaciones_de_la_sgt/Periodicas/parrafo/Boletin_Estadis_Personal/BE_ENE-2014-PROTEGIDO.pdf

¹²⁸ En 2017, la cifra era de 490.509 (los datos de 2018 no están disponibles). Véase Registro Central de Personal 2017, http://www.minhfp.gob.es/AreasTematicas/FuncionPublica/boletin_rcp/B_enero_2017_BIS.PDF

¹²⁹ Basado en las cifras de los informes anuales del MSSSI sobre el Sistema Nacional de Salud para este periodo, en: www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm

¹³⁰ Análisis del sistema sanitario: España, 2010, p. 115, en:

<https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/observatorioEuropeo/EspanaAnalisisSistemaSanitario2010.pdf>

¹³¹ Entrevista de Amnistía Internacional, octubre de 2017.

¹³² En archivo de Amnistía Internacional.

¹³³ Entrevistas de Amnistía Internacional, octubre de 2017.

¹³⁴ En archivo de Amnistía Internacional.

¹³⁵ Entrevista de Amnistía Internacional, octubre de 2017.

conductas que no lleven al mejor tratamiento médico. Al contrario: sólo buscan ahorrar”.¹³⁶ Algunos trabajadores y trabajadoras sanitarios sentían que esos complementos eran una forma de transferir al personal sanitario la responsabilidad de los recortes presupuestarios y el ahorro: “El sistema de complementos somete a presión a los profesionales. Es una forma de hacer recaer la responsabilidad de los recortes en el médico, sin que parezca una decisión política”.¹³⁷ Muchas personas usuarias del sistema de salud notaban una diferencia en la atención que recibían. Un paciente contó que su médico se había quejado, y le había dicho: “Le tengo que recetar un medicamento caro, pero me van a llamar la atención por ello”.¹³⁸

Amnistía Internacional pidió copias de estos criterios y una lista de complementos para el personal sanitario a los gobiernos autonómicos de Andalucía y Galicia. El gobierno andaluz dijo a Amnistía Internacional que esos acuerdos no estaban a disposición pública. El gobierno gallego entregó una larga lista de indicadores que servían de base para evaluar los hospitales. Esa lista no incluía los indicadores económicos. Las autoridades dijeron a Amnistía Internacional que las unidades individuales de gestión podían elaborar sus propios indicadores, y que el gobierno no tenía un registro de cada una. Sin embargo, creían que, si se elaboraran indicadores problemáticos, lo sabrían. Además, el gobierno de Galicia confirmó que, en su opinión, puesto que los profesionales sanitarios tomaban decisiones con dinero público, “deberían tomar decisiones sobre el gasto que fueran rentables”, y pensaba que, en general, esos objetivos eran eficaces.¹³⁹

D. IMPACTO EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

“Al inicio de la crisis teníamos más fuerza. A medida que han ido pasando los años, nos hemos cansado cada vez más. Llevamos años soportando esta carga.”

Médico del SNS¹⁴⁰

Todos los profesionales sanitarios entrevistados dijeron a Amnistía Internacional que su trabajo se había vuelto más difícil tras la introducción de las medidas de austeridad, y que veían a más pacientes y trabajaban jornadas más largas que antes. Según una enfermera: “Nos sentimos explotados. Estamos mal pagados y tenemos mucha responsabilidad”.¹⁴¹ “Piden más con los mismos recursos o menos”, dijo otro médico.¹⁴² Un médico contó: “Había días en los que tenía que atender al equivalente a dos veces la lista normal de pacientes”.¹⁴³ Un enfermero nos dijo: “Sabemos de muchos casos de enfermeros y enfermeras que han dejado su trabajo por el estrés. Muchos atienden hasta 33 casos complejos al día. Tuvieron que dejarlo porque les resultaba imposible”.¹⁴⁴ Otro médico explicó: “Los niveles de desgaste entre los médicos han aumentado. El grado de implicación de los médicos en el sector de la atención sanitaria se ha reducido a un nivel que nunca había visto”.¹⁴⁵

Además, muchos profesionales sanitarios explicaron que esta situación se veía agravada por el creciente número de pacientes que les contaban las complicaciones emocionales y las dificultades de su vida, especialmente en el contexto de la crisis. Tal como describió una doctora: “Tuve una crisis personal. Mis pacientes acudían a mí con ansiedad y me contaban sus problemas cotidianos. Casi 20 al día. Y yo no sabía bien qué hacer, porque aquello era nuevo para mí: ¿debía hacerles una especie de psicoterapia menor? ¿Debía ser una médica o una vecina amable? Esto nos ha supuesto una enorme carga emocional. Si tienes dos o tres pacientes que te cuentan sus problemas, vale. Veinte personas al día supone para nosotros una carga emocional, especialmente si son personas a las que conoces desde hace años”.¹⁴⁶

¹³⁶ Entrevista de Amnistía Internacional, octubre de 2017.

¹³⁷ Entrevista de Amnistía Internacional, octubre de 2017.

¹³⁸ Entrevista de Amnistía Internacional, octubre de 2017.

¹³⁹ Entrevista de Amnistía Internacional, febrero de 2018.

¹⁴⁰ Entrevista de Amnistía Internacional, octubre de 2017.

¹⁴¹ Entrevista de Amnistía Internacional, octubre de 2017.

¹⁴² Entrevista de Amnistía Internacional, octubre de 2017.

¹⁴³ Entrevista de Amnistía Internacional, octubre de 2017.

¹⁴⁴ Entrevista de Amnistía Internacional, octubre de 2017.

¹⁴⁵ Entrevista de Amnistía Internacional, octubre de 2017.

¹⁴⁶ Entrevista de Amnistía Internacional, octubre de 2017.

“Como profesional, me sentía impotente. Sentía que me pedían que resolviera problemas sobre los que no tenía control, como los problemas económicos.”

Médico del SNS¹⁴⁷

Los profesionales sanitarios contaron sistemáticamente a Amnistía Internacional que se sentían “impotentes” y “desilusionados con el sistema” a raíz de los recortes presupuestarios y los cambios en el sistema de salud descritos anteriormente. Contaban que se sentían obligados a hacer todo lo posible por sus pacientes, incluso en circunstancias difíciles: “Esto ha provocado que los profesionales de la salud plantemos cara a las circunstancias y hagamos cuanto podemos”, dijo un médico. Esto coincide con lo que han manifestado los proveedores de atención sanitaria en los estudios cualitativos realizados en Valencia,¹⁴⁸ Cataluña¹⁴⁹ y Madrid.¹⁵⁰

2.3.2 DEMORAS EN EL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA

A. LARGAS LISTAS DE ESPERA

“Las listas de espera se han hecho más largas porque el sistema no puede responder. El acceso a la atención sanitaria no es el que era.”

Enfermera del SNS¹⁵¹

Amnistía Internacional concluyó que la disminución de profesionales sanitarios y recursos a disposición del SNS, unida a un aumento general de la demanda de asistencia sanitaria, ha incrementado el tiempo de espera para acceder a la atención sanitaria. Esto fue un tema clave que surgió en todas las entrevistas, ya fueran las mantenidas con personas expertas, con personal sanitario o con usuarios y usuarias del sistema de salud. Las personas entrevistadas dijeron que tenían que esperar más para obtener cita con especialistas, para pruebas diagnósticas y para opciones de tratamiento.

Todas las personas entrevistadas por Amnistía Internacional que recibían atención de salud mental a través del SNS señalaron también que, desde que comenzó la crisis, sus citas estaban más espaciadas, y tenían que esperar más para ver a un profesional de la salud mental. Esto coincide con la información contenida en el “Barómetro Sanitario” publicado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: el porcentaje medio de las personas encuestadas que creía que las listas de espera estaban empeorando era del 9,8% entre 2000 y 2008, y del 26% entre 2009 y 2016.¹⁵²

¹⁴⁷ Entrevista de Amnistía Internacional, octubre de 2017.

¹⁴⁸ F Cervero-Liceras *et al.*, 2015.

¹⁴⁹ Legido-Quigley, 2013.

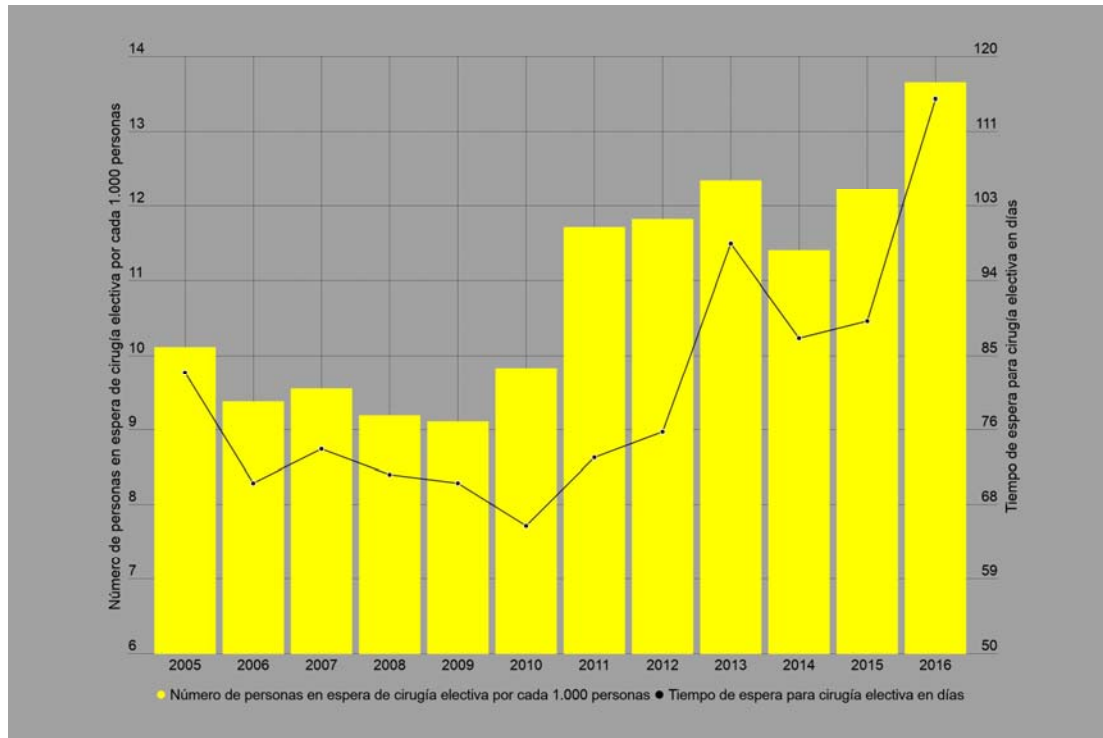
¹⁵⁰ J Heras-Mosteiro *et al.*, 2015.

¹⁵¹ Entrevista de Amnistía Internacional, octubre de 2017.

¹⁵² MSSSI, Resultados estadísticos anuales: Barómetro Sanitario 2016, Tabla 16, en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm

El SNS recopila y publica datos sobre listas de espera para ciertos procedimientos y servicios, y esos datos representan un indicador clave del acceso al sistema de salud.¹⁵³ Las preocupaciones expresadas por las personas entrevistadas por Amnistía Internacional se ven corroboradas por ellos. Por ejemplo, el gráfico *infra* señala los cambios en los tiempos de espera medios, y el número de personas en espera, para cirugía electiva entre 2005 y 2016. La cirugía electiva incluye toda la cirugía programada —excluyendo la realizada a pacientes ingresados inesperadamente en hospitales para tratamiento de urgencia— en cardiología, ginecología, traumatología, urología y neurología, así como cirugía general, del aparato digestivo y plástica.

Gráfico 3: Tiempos de espera y número de personas en espera para cirugía electiva:¹⁵⁴



Tal como indica este gráfico, los dos elementos —el número de personas en espera de cirugía y el tiempo de espera— han aumentado durante los años de la crisis. Por ejemplo, en 2010, el tiempo de espera medio era de 65 días; en 2016 era de 115 días, casi el doble. También se ven tendencias similares en los datos sobre los tiempos de espera y el número de personas en espera para consultas de especialidades.¹⁵⁵

Amnistía Internacional preguntó a los gobiernos autonómicos de Galicia y Andalucía qué medidas habían tomado para reducir las listas de espera. El gobierno andaluz respondió que se basa en unos límites máximos de tiempo de espera, y en el aumento de la carga de trabajo para los profesionales sanitarios, para hacer frente al incremento de la duración de las listas de espera.¹⁵⁶ El gobierno gallego explicó que para abordar las largas listas de espera se basaban en un servicio de priorización, a través del cual garantizan que se aceleran los casos de las personas que necesitan atención sanitaria más urgentemente. También tenían un límite máximo de tiempo de espera para determinadas enfermedades.¹⁵⁷ Aunque estas medidas son importantes, los datos indican que el problema no se ha resuelto. Un estudio realizado por la OCDE en 2017 sobre la salud en España señaló que los tiempos de espera seguían estando “muy por encima de los de otros países de la OCDE, como Países Bajos o Dinamarca”.¹⁵⁸

¹⁵³ No se dispone de datos nacionales desglosados sobre listas de espera para pruebas diagnósticas y para citas con profesionales de la salud mental. Sin embargo, los datos disponibles y la investigación realizada por Amnistía Internacional indican que estas esperas representan un problema.

¹⁵⁴ Gráfico elaborado por Amnistía Internacional a partir de los datos de Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud del MSSSI, en: <http://inclasns.msssi.es/main.html>

¹⁵⁵ Para las consultas de especialidades, el tiempo de espera aumentó de 53 días (2010) a 72 días (2016), y el número de pacientes en espera por cada 1.000 personas aumentó de 33 (2010) a 45,66 (2016). Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud del MSSSI, en: <http://inclasns.msssi.es/main.html>.

¹⁵⁶ Entrevista de Amnistía Internacional, enero de 2018.

¹⁵⁷ Entrevista de Amnistía Internacional, febrero de 2018.

¹⁵⁸ OCDE, *Health policy in Spain, March 2017*, en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-Policy-in-Spain-March-2017.pdf>

B. EL IMPACTO DE LOS RETRASOS EN EL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA

Más de 70 usuarios y usuarias del SNS y sus familias describieron las dificultades que causaban las listas de espera, incluida la ansiedad que sentían al no conocer la causa de su dolor o de los otros síntomas que experimentaban. S, una mujer de 32 años, tiene una discapacidad física y utiliza silla de ruedas. Cuando Amnistía Internacional la entrevistó, había estado sufriendo un fuerte dolor en las piernas. En febrero de 2017 se había sometido a varias pruebas para identificar la causa del dolor. Sin embargo, hasta enero de 2018 no tenía cita con un especialista para interpretar los resultados. “Tengo dolor, y tengo que esperar un año para averiguar qué es lo que pasa. Te preocupa pensar que pueda empeorar. Te provoca ansiedad. Pero sigues sin tratamiento”.¹⁵⁹ El hijo de U, de 23 años, tiene síndrome de Down.¹⁶⁰ A consecuencia de ello ha padecido varios problemas de salud a lo largo de su vida, y es un usuario regular del SNS. Amnistía Internacional se entrevistó con U en octubre de 2017. Su hijo se había quejado recientemente de problemas gástricos, estaba deprimido y había perdido peso. Llevaban cuatro meses esperando una consulta, pero aún no tenían cita. U estaba muy preocupada. “No sé qué le pasa a mi hijo, me pone nerviosa. Es una situación muy mala [...] Me preocupo porque no sé qué enfermedad tiene [...] no sabemos cuál es la causa.”¹⁶¹

La mayoría de las personas entrevistadas contó a Amnistía Internacional que, a causa de las listas de espera, tenía que vivir mucho más tiempo con sus síntomas médicos, incluido fuerte dolor. V, persona mayor con una discapacidad física, dijo a Amnistía Internacional: “Me amputaron la pierna hace muchos años, y ahora llevo una prótesis. La pierna me ha estado doliendo, y el médico creía que era por un tumor benigno”. Su médico le había remitido para pruebas diagnósticas con el fin de determinar el origen del dolor dos meses antes de que Amnistía Internacional lo entrevistara. “Aún estoy esperando todas las pruebas”, dijo. En el momento de la entrevista, no sabía cuál era la causa del dolor ni cuál sería el próximo tratamiento.¹⁶² G, un hombre con espondilitis (una enfermedad crónica) lleva seis meses con un fuerte dolor, esperando una consulta con un cirujano ortopédico.¹⁶³ La hija de W empezó a perder audición en 2010. En 2015 la había perdido por completo, y estaba sorda. Hasta mediados de 2016 no le hicieron pruebas diagnósticas para confirmarlo, y la pusieron en lista de espera para un trasplante coclear. Finalmente fue trasplantada en abril de 2017, casi dos años después de haber perdido por completo la audición.¹⁶⁴



M:¹⁶⁵ “[AHORA] TODO EL MUNDO TIENE QUE SOPORTAR MUCHO DOLOR ANTES DE PODER IR REALMENTE AL MÉDICO.”

M, mujer de 49 años, sufre una enfermedad ósea degenerativa. Padece un fuerte dolor en la pierna. En agosto de 2017 acudió a su médico, que la remitió a un especialista. No le dieron cita con el especialista hasta junio de 2018. Mientras espera esta cita, está además nerviosa por la posible causa del dolor. “Ahora mismo estoy tomando analgésicos y antiinflamatorios para soportarlo”, contó a Amnistía Internacional. “Quiero que los pacientes crónicos tengamos más apoyo”, dice. Su ansiedad se ve agravada por el miedo respecto a su situación económica. M padece una discapacidad física relacionada con su enfermedad, que limita seriamente su movilidad. A causa de ello, tiene muchas limitaciones respecto a los tipos de trabajo que puede realizar, y no tiene un empleo estable. Por su discapacidad recibe una ayuda económica gubernamental de unos 300 euros mensuales. “Eso no basta”, dice. “Dependo mucho del apoyo familiar para mantenerme”.

Q, mujer de 59 años,¹⁶⁶ padece varias enfermedades crónicas. Depende en gran parte de su pensión por discapacidad, que asciende a unos 400 euros al mes, una cantidad que, según dijo a Amnistía Internacional, no es suficiente. Recientemente recibió tratamiento por cáncer de mama y un linfoma, y también accede al SNS para recibir atención de salud mental. Hace un año y medio empezó a tener problemas respiratorios. Tras permanecer en la lista de espera más de seis meses, le diagnosticaron apnea

¹⁵⁹ Entrevista de Amnistía Internacional, Galicia, octubre de 2017.

¹⁶⁰ Entrevista de Amnistía Internacional, Galicia, octubre de 2017.

¹⁶¹ Entrevista de Amnistía Internacional, Galicia, octubre de 2017.

¹⁶² Entrevista de Amnistía Internacional, Andalucía, octubre de 2017.

¹⁶³ Entrevista de Amnistía Internacional, Andalucía, octubre de 2017.

¹⁶⁴ Entrevista de Amnistía Internacional, Andalucía, octubre de 2017.

¹⁶⁵ Entrevista de Amnistía Internacional, Galicia, octubre de 2017.

¹⁶⁶ Entrevista de Amnistía Internacional, Galicia, septiembre de 2017.

del sueño.¹⁶⁷ Su especialista le recomendó cirugía, y lleva en la lista de espera para someterse a ella aproximadamente un año. Ha presentado varias quejas en el hospital a este respecto, pero no se ha emprendido ninguna acción. Sigue esperando, y sigue preocupada por los síntomas de la apnea del sueño, que incluyen dificultades para respirar y fatiga. A causa de sus enfermedades, Q ha estado varios años sin poder trabajar. Era costurera, pero a consecuencia del cáncer ya no tiene fuerza en el brazo para continuar con ese trabajo.

Todas las personas entrevistadas por Amnistía Internacional que recibían o habían recibido atención de salud mental a través del SNS (unas 31) señalaron que, desde que comenzó la crisis, tenían que esperar más para ver a su profesional de salud mental. No hay datos disponibles sobre los tiempos de espera generales para las citas con psiquiatras, psicólogos y psicólogas. Sin embargo, las personas expertas y las organizaciones de la sociedad civil que trabajan sobre atención sanitaria dijeron que la espera era de unos seis meses. Las personas que recibían servicios de salud mental explicaron a Amnistía Internacional que eso suponía que sus síntomas y problemas no eran atendidos durante largos periodos, lo que a menudo agravaba su ansiedad. L, que llevaba varios años recibiendo tratamiento por esquizofrenia paranoide en el SNS, dijo que el sistema que se seguía después de la crisis no le servía. “Si tengo una crisis [de salud mental], debería poder ver a mi psiquiatra [pronto], no esperar como tengo que esperar ahora [...] se tarda demasiado”, dijo.¹⁶⁸ K, otro hombre con un tratamiento similar, explicó que su medicación para la salud mental tenía que supervisarse estrechamente y modificarse dependiendo de su respuesta. Dijo: “Muchas veces querría poder ver a mi psiquiatra un mes o dos antes de lo que puedo verlo, para que me pueda ajustar la medicación”.¹⁶⁹ Tanto K como L ven a su psiquiatra cada seis meses.



T:¹⁷⁰

T lleva varios años recibiendo atención de salud mental a través del SNS. A causa de su enfermedad mental ha estado hospitalizada en cuatro ocasiones entre 2013 y 2017. En la actualidad recibe tratamiento psiquiátrico a través del SNS. Cuando se entrevistó con Amnistía Internacional en septiembre de 2017, contó que la última vez que había visto a su psiquiatra había sido en abril de 2017. Sin embargo, sentía que las medicinas que le habían recetado no funcionaban, y se encontraba peor. No había podido conseguir cita con su psiquiatra antes de noviembre de 2017. “No me encuentro bien [...] el tratamiento que el médico me recetó no me va bien. Pedí a la enfermera ver al médico antes de noviembre, pero no es posible”, dijo. “Quiero encontrarme mejor [...] Quiero poder limpiar y cuidar de mis hijos, y ser lo más feliz posible”, dijo a Amnistía Internacional.

2.3.3 REDUCCIÓN DEL TIEMPO CON EL PERSONAL SANITARIO Y DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

A. TIEMPO CON EL PERSONAL SANITARIO

“Es imposible tener tratamientos ilimitados con [estos] recursos limitados. O aumentamos nuestro presupuesto sanitario o reducimos la calidad y la cantidad del tratamiento que ofrecemos.”

¹⁶⁷ La apnea del sueño es una enfermedad en la que “la respiración se interrumpe [...] [a causa de] un colapso en las vías respiratorias o una obstrucción de ellas durante el sueño”, en: <https://medlineplus.gov/spanish/sleepapnea.html>

¹⁶⁸ Entrevista de Amnistía Internacional, Andalucía, septiembre de 2017.

¹⁶⁹ Entrevista de Amnistía Internacional, Galicia, septiembre de 2017.

¹⁷⁰ Entrevista de Amnistía Internacional, Andalucía, octubre de 2017.

En los años en que disminuyó el número de profesionales sanitarios (entre 2011 y 2014), aumentó la cifra de consultas médicas de atención primaria,¹⁷² consultas de especialistas¹⁷³ e intervenciones quirúrgicas.¹⁷⁴ El aumento de la demanda de servicios de atención sanitaria, combinado con la reducción del número de profesionales sanitarios, ha supuesto una reducción de la cantidad de tiempo que los profesionales pasan con cada paciente.

Casi todos los trabajadores y trabajadoras de la salud que hablaron con Amnistía Internacional confirmaron que el tiempo de consulta por paciente había disminuido. Algunos médicos dijeron a Amnistía Internacional que en algunos casos sólo podían dedicar entre uno y tres minutos a cada cita.¹⁷⁵ Todo el personal sanitario entrevistado por Amnistía Internacional afirmó que, pese a todos sus esfuerzos, los cambios provocados por las medidas de austeridad suponían un riesgo de deterioro en la calidad de los servicios que podían prestar. En palabras de un médico “Si [...] tenemos más responsabilidades, más trabajo y un futuro incierto [...] la calidad del servicio se deteriora”.¹⁷⁶ Dos auxiliares de enfermería explicaron las dificultades que habían supuesto para su trabajo las medidas de austeridad: el aumento de la carga de trabajo implicaba que a menudo limpiaban a los pacientes, los bañaban y les cambiaban los productos para la incontinencia con una frecuencia menor que antes. “Además, a veces tenemos tal nivel de estrés que no podemos ser amables con la gente”, dijo uno de ellos.¹⁷⁷ Otra auxiliar de enfermería declaró: “A menudo tenemos que acabar cuanto antes con cada paciente y acelerar el proceso”.¹⁷⁸ Como dijo un médico de atención primaria a Amnistía Internacional: “Lo más importante es que podamos estar más tiempo con cada paciente. Ahora mismo tenemos unos cinco minutos. Luchamos para que sean diez minutos por paciente”.¹⁷⁹ Esto concuerda con los resultados de otros estudios cualitativos sobre personal médico tras la crisis y la introducción de las medidas de austeridad en España. Por ejemplo, un estudio sobre médicos de atención primaria en Madrid reflejó también el deterioro de la calidad de la atención, relacionado con la masificación y la reducción de la duración de las citas.¹⁸⁰

B. IMPACTO DE LA REDUCCIÓN DE LOS TIEMPOS DE CONSULTA



X:¹⁸¹ “TENGO DOLORES CONSTANTES”

X, mujer de 53 años, es usuaria habitual del SNS. Padece una enfermedad reumática y fibromialgia. “Necesito revisiones periódicas y muchos medicamentos”, contó. Cuatro meses antes de que Amnistía Internacional la entrevistara en octubre de 2017, le habían hecho unas pruebas por un dolor agudo en el hombro que ella atribuía a la fibromialgia, pero todavía no le habían dado cita para diagnosticarla y tratar el dolor. Lo que más le preocupa a X es controlar el dolor, relacionado con sus trastornos de salud. Hasta hacía dos años había estado recibiendo tratamiento en una unidad del dolor, pero ésta cerró y ahora es su médico de atención primaria quien se ocupa de aliviar sus dolores. Sin embargo, le resulta difícil acceder a él y cree que el tiempo que puede dedicarle no es suficiente para abordar y tratar su dolor. “Ahora sólo se ocupa de mí un médico. Tomo opiáceos y decido cómo tomármelos [...] La gente siempre dice que nos sobremedicamos, pero [en mi caso] no tengo control médico”, afirmó. “Me siento

¹⁷¹ Entrevista de Amnistía Internacional, octubre de 2017.

¹⁷² De 279 millones de consultas en 2011 y 2012, a 375 millones en 2013 y 371 millones en 2014. Según cifras del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, en: www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm.

¹⁷³ De 71,8 millones de consultas en 2011 y 75,5 millones en 2012 a 77,6 millones en 2013 y 78,9 millones en 2014. Según cifras del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, en: www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm.

¹⁷⁴ De 3,4 millones en 2012 a 3,5 millones en 2013 y 2014. Según cifras del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, en: www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm.

¹⁷⁵ Entrevista de Amnistía Internacional, octubre de 2017.

¹⁷⁶ Entrevista de Amnistía Internacional, octubre de 2017.

¹⁷⁷ Entrevista de Amnistía Internacional, octubre de 2017.

¹⁷⁸ Entrevista de Amnistía Internacional, octubre de 2017.

¹⁷⁹ Entrevista de Amnistía Internacional, octubre de 2017.

¹⁸⁰ J Heras-Mosteiro *et al*, 2015.

¹⁸¹ Entrevista de Amnistía Internacional, Galicia, septiembre de 2017.

impotente. Me paso todo el día en casa, me encuentro mal y tengo muchos dolores, pero no quiero ir al médico porque no me ayuda [...] Sólo voy cuando el dolor es insoportable.”

Como en el caso de X, la mayoría de los usuarios y usuarias del sistema de salud que entrevistó Amnistía Internacional para este informe dijeron que a menudo no podían conseguir la atención que creían que necesitaban debido a la reducción en los tiempos de consulta. Esto tiene especial impacto en los tipos de atención que pueden requerir mucho tiempo. Un ejemplo de esto es la salud mental. Todas las personas entrevistadas por Amnistía Internacional que recibían tratamiento de salud mental a través del SNS consideraban que el tiempo que pasaban con su médico, psiquiatra, psicólogo o psicóloga se había reducido desde el comienzo de la crisis y era insuficiente.

M, en tratamiento psicológico, explicó cómo la reducción de la cantidad de tiempo que podía dedicarle el psicólogo tras la crisis había afectado a la atención que recibía: “Antes, cuando salía del psicólogo, me sentía mejor. Me enseñaba herramientas para manejar mis sentimientos”, afirmó.¹⁸² Pero esto ya no es así. “Necesitamos tiempo con el psicólogo”, afirmó. T,¹⁸³ usuaria de los servicios de salud mental, dijo que le gustaría poder pasar más tiempo en consulta: “El doctor me pregunta si me siento bien o no y si tomo las medicinas, pero nada más”, afirmó, y añadió que el personal del centro de atención sanitaria le había explicado que la situación era así debido a los recortes presupuestarios. “Según tengo entendido, [el SNS] está saturado de gente [...] Es normal que los médicos sólo le dediquen 5 minutos a cada persona”.

H, que pertenece al personal de un centro público donde residen personas con problemas de salud mental, explicó que trabajaba con los pacientes para preparar su cita con el personal médico y que no se olvidaran de nada. “Si sólo tienes [unos pocos] minutos, la presión te hace olvidar cosas. Es algo que les pasa a personas sanas, y más aún a personas que padecen una enfermedad mental”, dijo.¹⁸⁴ En la residencia donde trabaja, el personal se ha reducido de tres a dos personas por cada 20 pacientes debido a los recortes. El personal tiene que acompañar a las personas que viven en el centro a su cita médica y además siempre debe haber alguien en el centro. H contó que muchas citas se cancelaban porque ahora sólo había dos personas: una se quedaba en el centro y sólo había una para acompañar a la gente al médico.

W, una mujer de 53 años, contó a Amnistía Internacional que llevaba más de 10 años yendo al psiquiatra del sistema público de salud, pero que hace un año había tenido que dejarlo. Cree que tuvo que ver con los cambios que trajo la crisis económica. “[Mi psiquiatra] me dijo que no podía seguir viéndome porque tenía demasiados pacientes [...] así son las cosas, me dijo”. W lleva un año sin ir a consulta. Otro hombre que recibía atención de salud mental y orientación desde hacía muchos años, afirmó: “Antes [mi psicólogo] me dedicaba más tiempo. Ahora son sólo 5 minutos. En la última cita salí sintiéndome exactamente igual que como había entrado”.

2.3.4 PREOCUPACIÓN POR LA CALIDAD DEL MATERIAL

“Estos recortes presupuestarios no tienen sentido [...] Nos sentimos insultados, humillados e impotentes.”

Usuario del SNS¹⁸⁵

En varias entrevistas con profesionales de la salud y usuarios y usuarias del sistema sanitario, surgió como motivo de preocupación la calidad del material sanitario. El personal sanitario consideraba que la calidad del material se había deteriorado tras la crisis debido a la reducción del gasto sanitario. “Primero miran el precio, y luego la calidad”, dijo una auxiliar de enfermería.¹⁸⁶ El personal de enfermería se quejó de la mala calidad de las lancetas para las pruebas de diabetes, que hacían que la prueba fuera más dolorosa para los pacientes. Hubo profesionales del sector sanitario y personas expertas en temas de salud que expresaron su preocupación porque, con las reducciones del gasto en salud pública, el material diagnóstico no se sustituye

¹⁸² Entrevista de Amnistía Internacional, Andalucía, septiembre de 2017.

¹⁸³ Entrevista de Amnistía Internacional, Andalucía, septiembre de 2017.

¹⁸⁴ Entrevista de Amnistía Internacional, Andalucía, septiembre de 2017.

¹⁸⁵ Entrevista de Amnistía Internacional, octubre de 2017.

¹⁸⁶ Entrevista de Amnistía Internacional, octubre de 2017.

al ritmo debido.¹⁸⁷ Los y las pacientes compartían estos temores. Un hombre que recibía oxigenoterapia domiciliaria explicó a Amnistía Internacional detalladamente las diferencias en la calidad del material que recibía del sistema público de salud antes y después de la crisis. Había diferencias en la calidad de la mascarilla de oxígeno, que no encajaba bien; del tubo, que no era flexible; y de la duración de la batería de la máquina.¹⁸⁸ Un grupo de la sociedad civil que trabaja con personas con enfermedades crónicas confirmó que había más personas con preocupaciones similares por este nuevo material que, según afirmaban, les estaban suministrando tras la introducción de las medidas de austeridad.

A todas las personas entrevistadas por Amnistía Internacional que utilizaban silla de ruedas les preocupaba la calidad de las que les estaban proporcionando después de la crisis. Las personas usuarias de sillas de ruedas, las organizaciones que trabajan con personas con discapacidad y el personal sanitario con el que habló Amnistía Internacional creían que había una diferencia entre las sillas de ruedas que se facilitaban antes de la crisis y las que se proporcionaban ahora: las actuales eran más difíciles de usar y conducir, los frenos funcionaban peor y resultaba más incómodo utilizarlas todo el día. “No te dan sensación de seguridad”, dijo una doctora.¹⁸⁹ Además, afirmaron que les resultaba más difícil renovar el material relacionado con la silla de ruedas, por ejemplo los cojines. B, usuaria de silla de ruedas, dijo que a menudo se le formaban úlceras porque el cojín estaba gastado y no lo podía cambiar. Cuando esto sucedía, tenía que gastarse dinero en cremas para las úlceras, que el sistema público de salud no cubre.

Amnistía Internacional planteó las preocupaciones concretas sobre la reducción de la calidad de las sillas de ruedas a los gobiernos autonómicos de Andalucía y Galicia. En ambas comunidades, el gasto público en material ortoprotésico se redujo durante la crisis.¹⁹⁰ Además, en Andalucía, a raíz de una reciente directiva del gobierno, el servicio autonómico de salud había reducido en un 10% los importes máximos de financiación de los ortoprotésicos (incluidas las sillas de ruedas) para cumplir las “medidas de ajuste presupuestario”.¹⁹¹ No obstante, los gobiernos de Andalucía y Galicia dijeron que trataban de mantener una exigencia de calidad mínima,¹⁹² y sugirieron que las diferencias de calidad que percibían las personas que usaban silla de ruedas podrían explicarse debido a un cambio rutinario de proveedor, sin que hubiera una reducción de la calidad. Representantes del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad dijeron a Amnistía Internacional que la reducción de calidad podía deberse a que el catálogo de productos ortoprotésicos llevaba varios años sin actualizarse.

Los cambios en la calidad de ese material ortoprotésico afectan de manera muy particular a los grupos concretos en los que se centra este informe, incluidas personas mayores y personas con discapacidad. La reducción del gasto público en productos ortoprotésicos, unida a la percepción de los usuarios y usuarias de estos productos, las organizaciones que trabajan con personas con discapacidad y el personal sanitario, de que la calidad de estos productos ha disminuido, resulta preocupante. Aunque excede el alcance de este informe llevar a cabo una revisión definitiva de todos los productos médicos para analizar posibles cambios en la calidad, es crucial que el gobierno efectúe urgentemente tal análisis a fin de determinar el impacto concreto que pueden haber tenido las medidas de austeridad.

Para concluir, un informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que analizó los posibles impactos de los cambios de política introducidos por los países durante la crisis económica, señaló que la reducción de la cobertura de la población, el aumento de los tiempos de espera para servicios esenciales y el incremento de las cantidades que se cobran a las personas usuarias por servicios esenciales, todo ello unido al desgaste del personal sanitario debido a las reducciones de salarios, eran ejemplos de cambios de política con los que se corría el riesgo de “debilitar los objetivos del sistema de salud”.¹⁹³ Las conclusiones de Amnistía Internacional concuerdan con este estudio: aunque el gobierno puso en práctica algunas medidas para ahorrar costes en el SNS sin comprometer indebidamente el derecho a la salud, muchas de las medidas de austeridad descritas en este capítulo son similares a las enumeradas en el anterior estudio de la OMS. Se ha producido un deterioro en la accesibilidad, la asequibilidad y la calidad de la asistencia sanitaria en España durante este periodo, deterioro que ha tenido especial impacto en personas

¹⁸⁷ Entrevista con la Sociedad Española de Oncología Radioterápica, junio de 2017; Entrevista con la Organización Médica Colegial de España, enero de 2018; www.consalud.es/saludigital/38/la-obsolencia-tecnologica-pone-en-peligro-la-evolucion-del-sector-sanitario_41328_102.html.

¹⁸⁸ Entrevista de Amnistía Internacional, Andalucía, octubre de 2017.

¹⁸⁹ Entrevista de Amnistía Internacional, octubre de 2017.

¹⁹⁰ En entrevistas con Amnistía Internacional, los gobiernos de Andalucía y Galicia lo confirmaron.

¹⁹¹ Orden de 26 de junio de 2014, en:

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/servicios/BOJA14-126-00028-11179-01_00050706.pdf. El representante del gobierno de Andalucía sugirió asimismo que esta podría ser la razón de que se percibiera una menor calidad.

¹⁹² Entrevista de Amnistía Internacional, enero y febrero de 2018.

¹⁹³ OMS, *Health policy responses to the crisis*

económicamente vulnerables y con enfermedades crónicas, discapacidad, personas mayores o con problemas de salud mental.

3. NO SE AGOTARON TODAS LAS ALTERNATIVAS

La obligación de España de respetar, proteger y hacer realidad el derecho a la salud es progresiva, lo que quiere decir que España debe adoptar medidas adecuadas encaminadas a la plena realización del derecho a la salud hasta el máximo de sus recursos disponibles. Esta obligación reconoce que, cuando los recursos son limitados —por ejemplo, cuando un país se enfrenta a una crisis económica—, esta circunstancia puede dificultar la plena realización del derecho a la salud. Sin embargo, incluso en estas difíciles circunstancias, los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos han elaborado criterios que deben cumplir las medidas de austeridad. Por ejemplo, existe la fuerte presunción de que está prohibido adoptar medidas regresivas, tales como recortes en el gasto en sanidad, que pueden tener un impacto negativo en el acceso de la población a la atención de salud.¹⁹⁴ El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) ha afirmado que si los Estados toman cualquier medida deliberadamente regresiva en lo que se refiere al derecho a la salud, deberán probar que esa medida ha sido introducida “tras el examen más exhaustivo de todas las alternativas posibles [...] en relación con la plena utilización de los recursos máximos disponibles del Estado Parte”.¹⁹⁵ Entre ellas se incluye demostrar que se han considerado y agotado medidas menos restrictivas, tales como “ajustes en la política fiscal”;¹⁹⁶ demostrar el carácter no discriminatorio de las medidas propuestas; garantizar la verdadera participación de los grupos y personas afectadas en los procesos de toma de decisiones y demostrar la necesidad, la razonabilidad, la temporalidad y la proporcionalidad de las medidas de austeridad.

¹⁹⁴ CESCR, Observación General nº 14, párr. 32.

¹⁹⁵ CESCR, Observación General nº 14, párr. 32.

¹⁹⁶ OACNUDH, *Informe sobre el efecto de las medidas de austeridad*, 2013, párr. 18.

OPCIONES POLÍTICAS DISPONIBLES

La crisis económica afectó a varios países de Europa, pero con distinta intensidad. Si bien todos los países introdujeron políticas para reducir los costes de las medicinas y promover su uso razonable, hay estudios de la OMS que indican que la respuesta a la crisis en Europa fue considerablemente diferente en cada sistema de salud.¹⁹⁷ Hubo países, como España, que hicieron recortes en sus presupuestos de salud,¹⁹⁸ mientras que en otros el gasto en salud aumentó durante la crisis.¹⁹⁹ Mientras que algunos países, como España, aumentaron los cargos al usuario por la atención sanitaria,²⁰⁰ otros prefirieron optar por aumentar las prestaciones.²⁰¹ Igualmente, mientras que se registraron cambios para reducir la cobertura de la sanidad pública en seis países, uno de ellos España,²⁰² en otros se incrementó la cobertura durante la crisis.²⁰³ Cada país respondió a un contexto económico y sanitario muy diferente, y por tanto no es aconsejable —ni la intención de este informe— hacer comparaciones directas. Sin embargo, la gama de herramientas de política disponibles y utilizadas por los países es una prueba más de que las medidas de austeridad introducidas por España en el sector de la salud pública fueron opciones que reflejaban prioridades gubernamentales. No eran inevitables.

3.1 AGOTAMIENTO DE MEDIDAS ALTERNATIVAS Y MENOS RESTRICTIVAS

En España, el gobierno sólo aplicó algunas medidas para ahorrar costes en el sistema público de salud sin poner en peligro indebidamente el derecho a la salud entre 2013 y 2017, mientras que las medidas que han tenido un efecto regresivo en el derecho a la salud —incluidos los recortes horizontales del presupuesto en sanidad (con reducciones en la remuneración de los trabajadores y trabajadoras de la salud), la introducción y el aumento de copagos y la exclusión de migrantes en situación irregular— se aplicaron antes (entre 2009 y 2012). Cuando se aprobó, el gobierno afirmó que con el RDL 16/2012 se conseguirían 500 millones de euros de ahorro al introducir los copagos, 500 millones al eliminar ciertos productos de la cobertura del SNS, y mil millones gracias a los mecanismos de compras centralizados (consistentes en la compra de productos de uso habitual de forma centralizada, en vez de a nivel local, consiguiendo así un aumento de la capacidad de negociación y precios más baratos, sin que ello afectara a los suministros a los pacientes).²⁰⁴ Las dos primeras medidas se aplicaron en julio y agosto de 2012.

La puesta en marcha de la compra centralizada de productos médicos llevó más tiempo y los ahorros procedentes de esta medida se obtuvieron en el periodo 2013-2017. En 2012 se desarrollaron varios acuerdos marco para la compra centralizada de ciertas vacunas, con un ahorro previsto de 31 millones de euros.²⁰⁵ En diciembre de 2012, el gobierno aprobó licitaciones para la compra centralizada de ciertos medicamentos y productos sanitarios, con un ahorro previsto de 80 millones de euros.²⁰⁶ En septiembre de 2013 se autorizó una nueva licitación para la compra centralizada de medicamentos para la hemofilia, con un ahorro previsto de 4,5 millones de euros.²⁰⁷ En octubre de 2013 se autorizó un acuerdo similar para la compra centralizada de fármacos inmunosupresores, con un ahorro previsto de 14,66 millones de euros.²⁰⁸

¹⁹⁷ OMS, *Health policy responses to the crisis*, p. vi; OMS, *Economic crisis, health systems and health in Europe: Country Experience*, 2015, en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/279820/Web-economic-crisis-health-systems-and-health-web.pdf?ua=1 [en adelante: OMS, *Economic crisis & health systems, Country Experience*, 2015]

¹⁹⁸ Bulgaria, Croacia, Estonia, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, Grecia, Letonia, Rumania, Portugal. OMS, *Economic crisis & health systems, Country Experience*, 2015

¹⁹⁹ Austria, Eslovaquia, Francia, Dinamarca, Polonia, República Checa, ex República Yugoslava de Macedonia y Turquía. OMS, *Economic crisis & health systems, Country Experience*, 2015

²⁰⁰ Armenia, Dinamarca, Eslovenia, Estonia, Federación Rusa, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Letonia, Países Bajos, Portugal, República Checa, Rumania, Suiza, Turquía. OMS, *Economic crisis & health systems, Country Experience*, 2015

²⁰¹ Austria, Francia, Hungría, Irlanda e Italia. OMS, *Economic crisis & health systems, Country Experience*, 2015

²⁰² Los otros cinco fueron Eslovenia, Chipre, Irlanda, Letonia y República Checa. OMS, *Economic crisis & health systems, Country Experience*, 2015

²⁰³ Bélgica, Bosnia y Herzegovina, Estonia, Francia, Grecia, Islandia, Federación Rusa, Suecia. OMS, *Economic crisis & health systems, Country Experience*, 2015

²⁰⁴ No está claro cómo se calcularon estos importes. Amnistía Internacional no tuvo acceso a este informe económico: solicitamos una copia al gobierno pero en el momento de la publicación de este documento no la habíamos recibido. Estas estimaciones proceden de: saludequitativa.blogspot.co.uk/2012/04/el-gobierno-cifra-en-7267-millones-el.html; www.larazon.es/historico/9692-el-gobierno-cifra-en-7-267-millones-el-ahorro-con-el-decreto-sanitario-HLLA_RAZON_452824

²⁰⁵ www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=2537. Ampliado al año siguiente: www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=2808

²⁰⁶ www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=2697

²⁰⁷ www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=2978

²⁰⁸ www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3038

En octubre de 2014, el gobierno llegó a un acuerdo para la compra centralizada de 20 de los medicamentos de mayor consumo hospitalario, que generaría un ahorro estimado de 15 millones de euros en dos años.²⁰⁹ En 2016 se firmó un acuerdo similar para vacunas, en el que, según el gobierno, el ahorro estimado superaría los 58 millones de euros.²¹⁰ En julio de 2017, el gobierno aprobó la primera compra centralizada de productos ortoprotésicos, con un ahorro previsto de 2,5 millones de euros.²¹¹ En su Actualización del Programa de Estabilidad, el gobierno de España informó de unos ahorros anuales por valor de unos 100 millones de euros derivados de las compras centralizadas.²¹²

La fiscalidad es uno de los instrumentos clave para generar los recursos necesarios para hacer realidad los derechos humanos y garantizar la igualdad.²¹³ La relatora especial de la ONU sobre la extrema pobreza y los derechos humanos ha afirmado que la compatibilidad de las medidas de austeridad con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) “dependería, por consiguiente, en parte de que el Estado haya buscado alternativas para aumentar los ingresos antes de realizar recortes en áreas importantes para garantizar el disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales”.²¹⁴ El gobierno español modificó su política fiscal como parte de su respuesta a la crisis: los tipos del IVA aumentaron (del 16% en 2009 al 18% entre 2010 y 2012, y luego otra vez al 21%),²¹⁵ al igual que los tipos máximos del impuesto sobre la renta (del 43% en 2007 al 52% en 2012, que luego se redujo al 45% en 2016).²¹⁶ Los tipos fiscales máximos del impuesto de sociedades, sin embargo, descendieron en este periodo 2008-2014 al 30% desde el 32,5% de 2007, y se redujeron aún más, al 28% en 2015 y al 25% en 2016.²¹⁷

El total de ingresos fiscales de España descendió un 8,5% en 2008 y un 10.1% en 2009.²¹⁸ Desde entonces ha ido aumentando, pero sin alcanzar los niveles de 2007, antes de la crisis.²¹⁹ En 2016, el ratio impuestos/PIB de España era del 34,1%, menor que la media de la UE, que rondaba el 40%.²²⁰ La composición de los ingresos fiscales de España también evolucionó durante este periodo: creció el porcentaje del total de los ingresos fiscales procedentes de impuestos pagados por particulares y familias (impuesto sobre la renta de las personas físicas e impuestos sobre bienes y servicios), mientras que se redujo el porcentaje procedente del impuesto de sociedades.²²¹ Estos cambios están relacionados con los cambios en los ingresos, el consumo y los efectos de la recesión en España, así como los cambios en la política fiscal.

Durante la crisis aumentaron impuestos indirectos tales como el IVA, mientras que los tipos máximos del impuesto de sociedades se redujeron. El CESCR criticó una tendencia similar en Reino Unido en 2016: “Al Comité le preocupa el efecto negativo que los cambios introducidos recientemente en la política fiscal del Estado parte, como el aumento [...] del impuesto al valor añadido, así como la reducción gradual del impuesto de sociedades, están teniendo en la capacidad del Estado parte de hacer frente a la persistente desigualdad social y de recaudar recursos suficientes para hacer plenamente realidad los derechos económicos, sociales y culturales en beneficio de las personas y grupos desfavorecidos y marginados”.²²² En el contexto de España también pueden plantearse motivos de preocupación similares. El argumento del gobierno para explicar la reducción era fomentar la inversión, el empleo y el crecimiento económico en un

²⁰⁹ www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3444

²¹⁰ www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4047

²¹¹ www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4198

²¹² Reino de España, Actualización del Programa de Estabilidad 2017-2020, p. 51.

²¹³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 24 (2017) sobre las obligaciones de los Estados en virtud del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el contexto de las actividades empresariales, doc. ONU E/C.12/GC/24, 23 de junio de 2017, párr. 23.

²¹⁴ Consejo de Derechos Humanos, Informe de la Relatora Especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos, A/HRC/26/28, 22 de mayo de 2014, párr. 28. [Traducción de Amnistía Internacional]

²¹⁵ Tablas de tipos impositivos legales, en: ec.europa.eu/taxation_customs/business/economic-analysis-taxation/data-taxation_en [en adelante: Tablas de tipos impositivos legales]

²¹⁶ Tablas de tipos impositivos legales.

²¹⁷ Tablas de tipos impositivos legales.

²¹⁸ En 2007 (cuando era de 401.189 millones de euros) y 2008 (367,157 millones de euros) hasta su punto más bajo en 2009 (329.975 millones de euros), véase: ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/e/e0/Total_tax_revenue_by_country%2C_1995-2016_%28year-on-year_growth_rates%2C_%25%29.png

²¹⁹ Por ejemplo, en 2016, el total de ingresos fiscales en España se situó en 381.466 millones de euros.

²²⁰ Eurostat, *Main national accounts tax aggregates*, http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=gov_10a_taxag&lang=en

²²¹ En 2007, los ingresos procedentes del IVA constituían un 16,3% del total impositivo, una cifra que en 2016 había aumentado al 19,3%. En 2007, los ingresos procedentes del impuesto sobre la renta de las personas físicas constituían un 20,8% del total impositivo, y en 2016 esta cifra había aumentado al 21,8%, un porcentaje que había sido muy superior en algunos de los años intermedios, como por ejemplo 2011 (23,6%) y 2012 (23,7%). Sin embargo, la contribución porcentual del impuesto de sociedades disminuyó, pasando del 13,1% del total impositivo en 2007 al 6,9% en 2016. Véase la tabla 6, “Indirect taxes”, en: ec.europa.eu/taxation_customs/business/economic-analysis-taxation/data-taxation_en; la tabla 16, “Direct taxes”, en: ec.europa.eu/taxation_customs/business/economic-analysis-taxation/data-taxation_en; la tabla 18, “Direct taxes”, en: ec.europa.eu/taxation_customs/business/economic-analysis-taxation/data-taxation_en

²²² CESCR, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, 14 de julio de 2016, doc. ONU E/C.12/GBR/CO/6, párr.16.

momento de recesión. Sin embargo, en la práctica, esta política redujo “los recursos máximos disponibles” en un momento en que los recursos eran necesarios. Como mínimo, el gobierno debería haber demostrado y hecho público que había sometido a consideración y evaluado todos los cambios potenciales a la política impositiva, para ver si ofrecían alternativas viables a los recortes en el gasto y cuál era su impacto sobre diferentes grupos de población (por ejemplo cambios en el IVA), cosa que no hizo.²²³

Combatir los problemas generalizados de evasión fiscal y fraude es una de las formas en que puede utilizarse la recaudación tributaria como herramienta para incrementar los ingresos. Según cálculos correspondientes a 2010 del Sindicato de Técnicos del Ministerio de Hacienda (GESTHA), en 2010 España perdió 88 mil millones de euros por evasión fiscal.²²⁴ Los ingresos procedentes de la lucha contra la evasión fiscal desempeñaron un papel limitado en las iniciativas de consolidación fiscal llevadas a cabo durante la crisis, y el esfuerzo de consolidación fiscal se realizó sobre todo en la vertiente del gasto.²²⁵ España introdujo reformas para reforzar la lucha contra el fraude fiscal en 2012 y 2015. Si bien estas medidas fueron positivas, se introdujeron después de haber llevado a cabo recortes en el gasto en prestaciones sociales, y su impacto fue limitado. GESTHA, que realiza labores de observación de la evasión y el fraude fiscal en España, denunció que el problema continúa y en 2015 más del 90% del fraude fiscal no fue detectado.²²⁶ Para mejorar la situación recomienda aumentar los recursos humanos dedicados a combatir el fraude y la evasión fiscal y centrarse en las entidades responsables de la mayoría de esta evasión.²²⁷

3.2 IMPACTO DESPROPORCIONADO Y EVALUACIONES DEL IMPACTO SOBRE LOS DERECHOS HUMANOS

Diversos sectores se han mostrado preocupados por que las medidas de austeridad hayan podido contribuir a resultados discriminatorios, hayan tenido un impacto desproporcionado o hayan afianzado aún más las desigualdades de grupos determinados.²²⁸ Las investigaciones de Amnistía Internacional demuestran que ciertos grupos —por ejemplo, las personas económicamente vulnerables y, dentro de esta categoría, las personas con discapacidad, las que reciben tratamiento de salud mental, las que tienen enfermedades crónicas y las personas mayores— se vieron afectados de forma especial y desproporcionada por las medidas de austeridad. Durante esta investigación, profesionales y personas expertas en temas sanitarios expresaron también su preocupación por que los recortes presupuestarios —especialmente en los primeros años de la crisis— no hubieran sido selectivos o específicos.²²⁹ A consecuencia de ello, su efecto se dejó sentir en gran variedad de grupos, y a menudo perjudicó desproporcionadamente a ciertos grupos marginados. Estos motivos de preocupación han sido también formulados por otros.²³⁰

Los Estados deben velar por que las medidas de austeridad no sean discriminatorias de forma directa o indirecta, deliberadamente o no.²³¹ Una forma para identificar y corregir los posibles efectos discriminatorios

²²³ Amnistía Internacional preguntó a representantes del Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad qué medidas alternativas — incluido el posible aumento de los ingresos mediante la fiscalidad— se habían considerado antes de introducir las medidas de austeridad y los recortes presupuestarios en la atención sanitaria. La respuesta fue que no tenían constancia de que se hubiera debatido sobre ello.

Entrevista con representante del gobierno, febrero de 2018

²²⁴ N Lusiani, *Rationalising the Right to Health: Is Spain's Austerity Response to the Economic Crisis Impermissible Under International Human Rights Law?*, Economic and Social Rights after the Global Financial Crisis, ed. Aoife Nolan, 2014, p. 231

²²⁵ Amnistía Internacional analizó los informes anuales sobre España correspondientes al periodo 2010-2017, en los que la Comisión Europea lleva a cabo un examen exhaustivo de las iniciativas del gobierno para reducir los déficits. Los informes indican que la reducción del déficit se centró más en realizar reformas en la vertiente del gasto y menos en ahorrar combatiendo el fraude fiscal. Encontrarán todos los informes en: https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eu-economic-governance-monitoring-prevention-correction/european-semester/european-semester-your-country/spain/european-semester-documents-spain_es

²²⁶ www.gestha.es/index.php?seccion=actualidad&num=464

²²⁷ Según su seguimiento, más del 70% del fraude fiscal en España es cometido por grandes empresas y particulares de rentas elevadas. Entrevista con Amnistía Internacional, enero de 2018. Véase también: www.vozpopuli.com/economia-y-finanzas/Gestha-denuncia-recursos-combatir-fraude-pocos_0_1083193187.html

²²⁸ Por ejemplo, CESCR, Observaciones finales sobre España (2012), sobre el impacto del RDL16/2012 en la población migrante en situación irregular; Consejo de Europa, Informe del comisario para los Derechos Humanos (2013) sobre el impacto en personas con discapacidad; y Comité del CEDAW, Observaciones finales sobre España (2015) sobre la salud de las mujeres migrantes.

²²⁹ Entrevistas con profesionales de la salud, Andalucía y Galicia, septiembre de 2017.

²³⁰ J Gené-Badia *et al*, “Spanish health care cuts: Penny wise and pound foolish?”, 2012, *Health Policy*, 106 (1), pp. 23-28; B López-Valcárcel *et al*, 2017.

²³¹ OACNUDH 2013.

de las medidas de austeridad es realizar evaluaciones de su impacto sobre los derechos humanos antes y después de su elaboración y aplicación. Por este motivo, varios órganos creados en virtud de tratados han recomendado que España lleve a cabo este tipo de evaluación de impacto de las medidas de austeridad aplicadas. Por ejemplo, en 2012, el CESCR recomendó que “el Estado parte evalúe el impacto de toda propuesta de recorte en cuanto al acceso de las personas y colectivos desfavorecidos y marginados a los servicios de salud”.²³² En su informe tras su visita a España en 2013, el comisario para los Derechos Humanos del Consejo de Europa señaló “la necesidad de asegurar que los miembros de grupos sociales que son particularmente vulnerables a las medidas de austeridad fiscal y que se han visto especialmente afectados por las mismas, como los menores o niños y niñas y las personas con discapacidad, sean identificados y protegidos efectivamente por el Estado sobre la base de evaluaciones de su impacto”. La necesidad de tales evaluaciones surgió también durante el examen periódico universal de España (EPU) en 2015.²³³

Amnistía Internacional preguntó a representantes de los gobiernos de Galicia y Andalucía y del gobierno central si se había realizado alguna evaluación del impacto sobre los derechos humanos antes de introducir los recortes en el presupuesto de salud pública o de que entrara en vigor el RDL 16/2012. Los representantes del gobierno central afirmaron que no tenían constancia de que se hubieran realizado tales evaluaciones. El gobierno andaluz señaló que en España existe la obligación legal de llevar a cabo una evaluación sobre el impacto en materia de género de todos los presupuestos y leyes, en virtud de la Ley Orgánica 3/2007. Sin embargo, no nos comunicaron los resultados de esta evaluación.²³⁴ Si bien una evaluación del impacto en materia de género es fundamental y constituye una medida positiva, por sí sola no sería suficiente, dada la variedad de riesgos que suponen las medidas de austeridad. Por ejemplo, este tipo de evaluación no reflejaría los riesgos específicos que estas medidas supondrían para las personas con discapacidad, las personas de edad avanzada o las personas con enfermedades crónicas. El gobierno gallego dijo a Amnistía Internacional que no había realizado ninguna evaluación del impacto social o sobre los derechos humanos del RDL 16/2012 antes de su aplicación por tratarse de una ley estatal, no desarrollada por el gobierno autonómico.²³⁵ Sin embargo, sus representantes afirmaron que se habían aplicado medidas para mitigar el impacto negativo que se consideraba que podría tener.²³⁶ El gobierno gallego citó también un estudio que había realizado tras la introducción de los copagos para evaluar su impacto, cuyo resultado les llevó a considerar que el impacto de los cambios era limitado.²³⁷ Si bien toda medida para evaluar el impacto es positiva, este estudio ha sido analizado con más detalle en el capítulo anterior, donde se explica por qué no debería haberse utilizado para respaldar la conclusión de que el nuevo sistema de copagos no tenía impacto.

3.3 CONSULTA Y PARTICIPACIÓN AUTÉNTICAS DE LAS PERSONAS AFECTADAS

“El paciente es lo que menos importa. No nos sentimos representados”

Usuario del SNS²³⁸

“No se escucha al personal de enfermería”

²³² CESCR, Observaciones finales – España, 2012.

²³³ Consejo de Derechos, Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal: España, 13 de abril de 2015, A/HRC/29/8, párr. 131.123, en: <http://www.ohchr.org/SP/HRBodies/UPR/Pages/ESIndex.aspx> [en adelante: España, Informe EPU, 2015].

²³⁴ Entrevista de Amnistía Internacional, enero de 2018.

²³⁵ Entrevista de Amnistía Internacional, febrero de 2018.

²³⁶ Por ejemplo, introducir programas específicos para garantizar que las personas migrantes en situación irregular pudieran acceder a la atención sanitaria. También intentaban reducir la carga de los copagos asegurándose de que los pensionistas sólo realizaran el desembolso inicial hasta un límite mensual y eliminando la necesidad de que efectuaran desembolsos iniciales superiores que se les reembolsarían posteriormente. Sin embargo, no modificaron la estructura de los copagos. Andalucía también aplicaba un programa similar.

²³⁷ Entrevista de Amnistía Internacional, febrero de 2018. El gobierno mostró al equipo de investigación de Amnistía Internacional el estudio durante la entrevista.

²³⁸ Entrevista de Amnistía Internacional, septiembre de 2017.

El derecho a la salud incluye el derecho a participar en el desarrollo y la aplicación de planes y políticas relacionados con la salud.²⁴⁰ Esto es fundamental para garantizar que cualquier novedad o cambio introducido como medida de austeridad es adecuado y responde a las necesidades de salud concretas de la población. Resulta especialmente pertinente en el contexto de las medidas de austeridad: según el CDESCR, “[e]l grado de participación verdadera de los grupos e individuos afectados al examinar las propuestas de medidas de austeridad y otras opciones es muy pertinente a la necesidad y validez de esas medidas”.²⁴¹ Ni el Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad ni los gobiernos autonómicos de Andalucía y Galicia describieron un proceso así en el contexto de las medidas de austeridad debatidas en este informe.

La elección del instrumento legal para establecer el principal cambio en el sistema de salud —el RDL 16/2012— es muy significativa. A diferencia de las leyes, que son debatidas y aprobadas por la asamblea legislativa española (Cortes Generales), los Decretos Ley son presentados por el Ejecutivo en casos de “extraordinaria y urgente necesidad”,²⁴² sin el nivel de control y consulta que tienen otras leyes, y son ratificados después por las Cortes. Amnistía Internacional preguntó a representantes del Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad qué pasos se habían dado para consultar con los grupos afectados y garantizar su participación antes de aplicar el RDL 16/2012. Respondieron que no tenían constancia de que se hubiera tomado ninguna medida al respecto, y en general dependía de cada gobierno autonómico garantizar las consultas y la participación de las personas usuarias de la sanidad pública.²⁴³ Tampoco tenían conocimiento de ninguna consulta sobre las reducciones del gasto público en sanidad.

El gobierno de Galicia explicó que el sistema de salud gallego tenía un sistema general, que incluía un Consejo Asesor de Pacientes, a través del cual los y las pacientes podían participar en la gestión del sistema de salud.²⁴⁴ Al preguntársele sobre consultas específicas sobre las medidas de austeridad, el gobierno gallego dijo que el RDL 16/2012 era una ley estatal y que, por consiguiente, no había realizado ninguna consulta en la comunidad autónoma antes de su aplicación.²⁴⁵ Una vez promulgado, sí explicaron sus disposiciones a diversos representantes de la ciudadanía y mantuvieron reuniones para identificar posibles riesgos, basándose en las cuales introdujeron ciertas medidas (descritas *supra*). El gobierno gallego dijo Amnistía Internacional que muchos representantes de la ciudadanía habían pedido que el RDL no se aplicara. El gobierno andaluz, por su parte, también describió los canales generales de participación ciudadana en el sistema público de salud, afirmando que los pacientes podían presentar quejas y hacer constar sus opiniones sobre políticas concretas a través de estas vías, incluidas encuestas de satisfacción periódicas.²⁴⁶ Sin embargo, sus representantes no describieron ningún proceso de consulta específico para el RDL 16/2012 o para las reducciones del gasto en sanidad.

Ninguno de los profesionales sanitarios que compartieron información con Amnistía Internacional consideraba que hubiera habido un proceso significativo o adecuado de consulta o participación respecto a los recortes presupuestarios y las medidas de austeridad. En esto coinciden otros estudios sobre el tema. Un estudio realizado entre profesionales sanitarios señaló que “la inmensa mayoría opinaba que hasta entonces no habían sido consultados en el proceso de elaboración de calendarios y políticas”,²⁴⁷ resultado similar al de un estudio realizado entre profesionales sanitarios de Cataluña.²⁴⁸ Otra experta señaló: “Hay una creciente insatisfacción entre los profesionales por no ser invitados a participar en los procesos de toma de decisiones respecto a los recortes”.²⁴⁹ Una abrumadora mayoría de las personas usuarias del sistema de salud entrevistadas para este informe dijeron que no sabían que existiera ningún mecanismo para participar en el desarrollo y la aplicación de las medidas de austeridad. Algunas dijeron a Amnistía Internacional que les habían preguntado sobre algunos aspectos de las medidas de austeridad por ser miembros de determinadas comisiones o asociaciones de pacientes, pero ni siquiera estas personas consideraban que el gobierno hubiera tenido verdaderamente en cuenta su participación ni que esta participación se reflejara en los resultados.

²³⁹ Entrevista de Amnistía Internacional, septiembre de 2017.

²⁴⁰ CDESCR, Observación general nº 14, párrs. 11, 34.

²⁴¹ OACNUDH, *Informe sobre el efecto de las medidas de austeridad*, 2013, párr. 21.

²⁴² Artículo 86.1, Constitución española.

²⁴³ Entrevista de Amnistía Internacional, febrero de 2018. No obstante, aclararon que ciertas normativas basadas en el RDL 16/2012, como la elaboración de un catálogo de productos ortoprotésicos, se estaban desarrollando mediante “un proceso muy consultivo”.

²⁴⁴ Entrevista de Amnistía Internacional, febrero de 2018.

²⁴⁵ Entrevista de Amnistía Internacional, febrero de 2018.

²⁴⁶ Encuestas de satisfacción en: www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_encuestasatisf

²⁴⁷ F Cervero-Licerias *et al*, 2015.

²⁴⁸ Legido-Quigley, 2013.

²⁴⁹ J Gené-Badia *et al*, “Spanish health care cuts: Penny wise and pound foolish?”, 2012, *Health Policy*, 106 (1), pp. 23-28.

3.4 TEMPORALIDAD DE LAS MEDIDAS APLICADAS

Las normas de derechos humanos exigen que, cuando se imponen, las medidas de austeridad deben ser temporales y abarcar únicamente el periodo de la crisis económica. Algunas de las medidas introducidas durante la crisis, incluido en el sector sanitario, han sido modificadas y comienzan a ser revocadas. Por ejemplo, aunque aún no ha llegado a los niveles anteriores a la crisis, el gasto en salud pública ha ido aumentando desde 2014. Algunos de los cambios introducidos en las condiciones laborales de los trabajadores y trabajadoras de la salud se han modificado también: se ha suprimido la congelación de salarios, y las tasas de reemplazo por contratación han ido aumentando gradualmente.²⁵⁰ Sin embargo, no sucede así con otros cambios introducidos en el sistema de salud español durante este periodo. Por ejemplo, el RDL 16/2012 no se introdujo como medida temporal con plazos concretos hasta el momento en que los cambios dejaran de ser operativos, sino que se promulgó con carácter de cambio permanente en la estructura del sistema de salud en España. Diez años después del inicio de la crisis, y seis después de la promulgación del RDL 16/2012, los cambios introducidos por este instrumento jurídico continúan vigentes, incluida la introducción y el aumento de los copagos y la exclusión de las personas migrantes en situación irregular de la cobertura gratuita del SNS (salvo contadas excepciones). El Ministerio de Sanidad dijo a Amnistía Internacional que no tenía previsto revocar ni revisar ningún aspecto del RDL 16/2012. Sus representantes explicaron que esta ley no era sólo una respuesta a la crisis económica, sino que también era importante para mejorar la eficiencia general del sistema de salud a largo plazo. El gobierno de Galicia confirmó también que no tenía constancia de ningún plan de revisión o revocación del RDL 16/2012. “Ahora el reto no es económico, sino de respuesta a la creciente demanda”, afirmó su representante.²⁵¹

²⁵⁰ Reino de España, Actualización del Programa de Estabilidad 2017-2020, p. 73.

²⁵¹ Entrevista de Amnistía Internacional, febrero de 2018.

4. EL PAPEL DE LA UNIÓN EUROPEA

La Unión Europea (UE) y sus instituciones tienen responsabilidades en materia de derechos humanos. Deben cumplir la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, que afirma los derechos económicos y sociales. En particular, el artículo 35 de la Carta dispone: “Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un nivel elevado de protección de la salud humana”. Por su parte, el artículo 9 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea dispone que, en la definición y ejecución de sus políticas y acciones, la Unión tendrá en cuenta la protección de la salud humana. El artículo 6 del Tratado afirma asimismo que los derechos fundamentales que garantiza el Convenio Europeo de Derechos Humanos, que prohíbe la discriminación, “formarán parte del Derecho de la Unión como principios generales”.²⁵² La UE ha ratificado la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD), cuyo artículo 25 protege el derecho a la salud de las personas con discapacidad.

Entre estas obligaciones está la responsabilidad de tomar todas las medidas necesarias para garantizar que las políticas económicas y fiscales promovidas como parte de la función de gobernanza económica de la UE, y los programas de ayuda económica que apoya la UE, no socavan la protección de los derechos humanos ni conllevan violaciones de derechos humanos al ser implementados. Las instituciones de la UE influyeron en las decisiones sobre política económica que tomó el gobierno español durante la crisis a través del procedimiento de déficit excesivo, formulando recomendaciones concretas durante el Semestre Europeo y mediante la observación regular (denominada vigilancia postprograma) tras el programa de ayuda económica.

En anteriores capítulos de este informe se ha descrito el deterioro de la accesibilidad, la asequibilidad y la calidad de la atención sanitaria en España tras las medidas de austeridad aplicadas por el gobierno español, y su particular impacto en grupos económicamente vulnerables, con rentas bajas, y en personas con discapacidad, personas mayores, con enfermedades crónicas y que reciben atención de salud mental.

4.1.1 PROCEDIMIENTO DE DÉFICIT EXCESIVO

Todos los Estados miembros de la Unión Europea están sujetos al procedimiento de déficit excesivo (PDE), que se inicia cuando el déficit presupuestario o la deuda pública del Estado miembro se considera “excesivo” y no disminuye de forma satisfactoria.²⁵³ Cuando se inicia un PDE contra un Estado, el Consejo formula al Estado en cuestión recomendaciones concretas y con plazos determinados para corregir el déficit, de cuya observación se encargan la Comisión y el Consejo. El Estado se enfrenta a la posibilidad de recibir advertencias y, en última instancia, sanciones —multas de hasta el 0,2% de su PIB y la suspensión de algunas ayudas económicas de la UE—,²⁵⁴ si persiste en no actuar adecuadamente para resolver su déficit o su deuda.

²⁵² Convenio Europeo de Derechos Humanos, en: https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_spa.pdf

²⁵³ El PDE forma parte del Pacto de Estabilidad y Crecimiento y se pone en marcha cuando el déficit supera el 3% del PIB o la deuda supera el 60% del PIB. Véase: ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eu-economic-governance-monitoring-prevention-correction/stability-and-growth-pact/corrective-arm-excessive-deficit-procedure_es

²⁵⁴ https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eu-economic-governance-monitoring-prevention-correction/stability-and-growth-pact/corrective-arm-excessive-deficit-procedure/stepping-or-abrogating-edp_es

En abril de 2009, el Consejo de la Unión Europea declaró la existencia de un déficit público excesivo en España y formuló recomendaciones para abordar la situación, que incluían realizar un esfuerzo fiscal anual medio del 1,25% de su PIB.²⁵⁵ Durante los años siguientes, a medida que empeoraba la crisis, se revisaron continuamente las recomendaciones de saneamiento presupuestario en el marco del PDE y se amplió el calendario para su aplicación.²⁵⁶ La necesidad de cumplir estos objetivos se hizo evidente cuando la Comisión y el Consejo comenzaron a debatir la aplicación de una multa del 0,2% del PIB en 2016 debido a que las autoridades españolas no habían cumplido los objetivos de ajuste estructural en 2014 ni en 2015. Al final decidieron cancelar la multa debido a las difíciles condiciones económicas que ya había atravesado España.²⁵⁷

Las recomendaciones en virtud del PDE suelen formularse como objetivos amplios de ajuste fiscal. Sin embargo, los documentos públicos indican que la Comisión y el Consejo de la UE eran conscientes de que España cumplía estos objetivos gracias a recortes en los gastos de servicios como la salud. En un documento de trabajo de los servicios de la Comisión de 2012 (documento con signatura SWD, de análisis interno en apoyo del seguimiento económico de la UE) sobre España, se afirmaba: “Desde el punto de vista del gasto, las medidas incluyen recortes en el gasto en educación y atención sanitaria”.²⁵⁸ Al analizar los avances de España, el Consejo afirmaba en una recomendación de 2012: “En el proyecto de presupuesto y en el programa de estabilidad se prevé una disminución del gasto total, como consecuencia de importantes recortes en los gastos de capital y en los gastos corrientes, principalmente en los sectores de sanidad y educación a nivel de las Comunidades Autónomas”.²⁵⁹ Según otro documento SWD de 2013, el importe de los recortes en salud y educación había sido del 0,4% del PIB en 2012 y del 0,7% del PIB en 2013 y sería del 0,75% del PIB en 2014.²⁶⁰ El Programa de Partenariado Económico de España de 2013 sugirió: “Con el objetivo de mejorar la eficiencia del gasto, la racionalización del gasto sanitario cobra una importancia destacada. En este sentido se han adoptado ya determinadas medidas [...] y otras, de gran calado, están ya en proceso de elaboración”.²⁶¹ Sobre la base del Programa de Partenariado Económico, la Comisión informó al Consejo de que “las medidas fiscales estructurales que España tiene previsto aplicar son [...] la reducción del gasto sanitario y de la administración pública” y que, “en lo que se refiere al gasto sanitario, la revisión de la cesta de prestaciones [...] podría dar lugar a un uso más eficiente de los recursos públicos”.²⁶²

4.1.2 EL SEMESTRE EUROPEO

El marco de gobernanza económica de la UE incluye mecanismos para la observación regular de los presupuestos de los Estados miembros, la oportuna detección de posibles problemas económicos y la pronta corrección de estos problemas. Estas actividades tienen lugar en el marco del Semestre Europeo, un calendario anual de actividades que comenzó en 2010 y cuya finalidad es garantizar la solidez de las finanzas públicas y evitar el exceso de desequilibrios macroeconómicos.²⁶³ Cada gobierno presenta sus planes de reformas presupuestarias, macroeconómicas y estructurales. La UE los examina y formula

²⁵⁵ Consejo de la Unión Europea, Recomendación del Consejo a España encaminada a poner fin a la situación de déficit público excesivo, 6 de abril de 2009, doc. núm. 7904/09.

²⁵⁶ Por ejemplo, posteriormente en 2009, el Consejo recomendó un ajuste presupuestario estructural anual del 1,75% del PIB durante el período 2010-2013. En 2012, la Comisión y las autoridades españolas revisaron al alza los objetivos de ajuste estructural: la Comisión y el Consejo recomendaron que España garantizara un ajuste fiscal del 2,5% del PIB para 2013. En 2013, la Comisión y el Consejo ampliaron dos años el plazo para corregir el exceso de déficit de España. Los nuevos objetivos de ajuste revisados fueron el 1,1% del PIB en 2013, el 0,8% en 2014, el 0,8% en 2015 y el 1,2% en 2016. Véase toda la documentación en: https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eu-economic-governance-monitoring-prevention-correction/stability-and-growth-pact/corrective-arm-excessive-deficit-procedure/ongoing-excessive-deficit-procedures/spain_es

²⁵⁷ La Comisión concedió también una ampliación de dos años del plazo para corregir el exceso de déficit en España. La fecha límite se trasladó a 2018, con un deterioro recomendado del saldo estructural del 0,4% del PIB en 2016 y una mejora del 0,5% del saldo estructural en 2017 y 2018. Decisión del Consejo por la que se formula una advertencia a España para que adopte medidas dirigidas a la reducción del déficit que se considera necesaria para poner remedio a la situación de déficit excesivo 27 de julio de 2016, doc. núm. COM (2016) 518.

²⁵⁸ Documento de trabajo de los servicios de la Comisión, Analysis by the Commission services of the budgetary situation in Spain, SWD/2012/0215 (final), en: eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:52012SC0215&from=EN [Traducción de Amnistía Internacional]

²⁵⁹ Consejo de la Unión Europea, Recomendación del Consejo encaminada a poner fin a la situación de déficit público excesivo de España, 9 de julio de 2012, doc. núm. 12171/12, en: <http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-12171-2012-INIT/es/pdf>

²⁶⁰ Documento de Trabajo de los Servicios de la Comisión, Análisis realizado por los servicios de la Comisión de la situación presupuestaria de España, SWD/2013/0383 (final), en: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=CELEX:52013SC0383&from=ES>

²⁶¹ Reino de España, Programa de Partenariado Económico, 2013, en: http://ec.europa.eu/economy_finance/economic_governance/sgp/pdf/30_edps/other_documents/2013-10-01_es_-_epp_es.pdf

²⁶² Comisión Europea, Propuesta de dictamen del Consejo sobre el Programa de Asociación Económica de España, 15 de noviembre de 2013, doc. núm. COM (2013) 902.

²⁶³ Explicación de la gobernanza económica de la UE en: <http://www.consilium.europa.eu/es/policies/european-semester/how-european-semester-works/>

recomendaciones específicas para el país, cuyo gobierno debe tomar las medidas adecuadas basándose en estas recomendaciones.

En 2011 y 2012, España sólo recibió recomendaciones generales para reducir el déficit y limitar el gasto público. Sin embargo, en 2013 y 2014 —cuando el gasto público en sanidad comenzó a crecer de nuevo— el Consejo formuló recomendaciones específicas para España, pidiéndole “mejorar la relación coste-eficacia del sector sanitario, manteniendo al mismo tiempo la accesibilidad de grupos vulnerables”.²⁶⁴ En 2015, el Consejo recomendó a España “mejorar la relación coste-eficacia del sector sanitario”.²⁶⁵

4.1.3 PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Tras la solicitud de asistencia realizada por España en junio de 2012, el Mecanismo Europeo de Estabilidad (MEDE) concedió ayudas por valor de 100 mil millones de euros al sector bancario de España.²⁶⁶ Las condicionalidades del Memorando de Entendimiento entre la UE y España (MdE) se centran ampliamente en la reestructuración de bancos concretos y en reforzar el marco general regulador del sector bancario español. Sin embargo, el MdE señalaba también: “Existe una estrecha relación entre los desequilibrios macroeconómicos, las finanzas públicas y la solidez del sistema financiero”.²⁶⁷ En relación con esto, España se comprometió a “corregir la situación actual de déficit excesivo antes de 2014” y “llevar a efecto las recomendaciones específicas para España en el contexto del Semestre Europeo”.²⁶⁸ Al final, España sólo utilizó unos 41.300 millones de euros, de los que, a fecha de octubre de 2017, había devuelto 9.612 millones.²⁶⁹

Como país receptor de ayuda financiera, España está sometida a exámenes regulares de la Comisión Europea para controlar su capacidad de devolución de las ayudas.²⁷⁰ Estos informes de seguimiento han subrayado la necesidad de corregir el déficit presupuestario, manteniendo la presión sobre el gobierno de España.²⁷¹ Algunos han señalado que España lo conseguía “recortando gastos en atención sanitaria”.²⁷² El más reciente afirmaba: “El esfuerzo de saneamiento [...] debe continuar”.²⁷³

Por consiguiente, las instituciones de la UE formularon varias recomendaciones al gobierno español para que redujera su déficit, con medidas que incluían reducir el gasto público. En los casos en que se formularon recomendaciones generales de este tipo, las instituciones de la UE eran conscientes de que el gobierno español cumplía esos objetivos reduciendo el gasto público en salud. Es más, en algunos casos se formularon recomendaciones más específicas respecto a la forma de conseguir mayor rentabilidad en el gasto público en sanidad.²⁷⁴ La presión sobre el gobierno de España se evidenció en el preámbulo del RDL 16/2012, donde se afirma que “[s]e hace] preciso, en el actual contexto socioeconómico” la aplicación inmediata de medidas legales, y que esas medidas eran necesarias para responder sin demora a diversos factores, incluida la “viabilidad que exige la Unión Europea”.

²⁶⁴ Recomendación del Consejo relativa al Programa Nacional de Reformas de 2013 de España y por la que se emite un dictamen del Consejo sobre el Programa de Estabilidad de España para 2012-2016, doc. núm. 2013/C 217/20, en: [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013H0730\(20\)&from=ES](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013H0730(20)&from=ES); eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=CELEX:52013DC0359&from=ES; Recomendación del Consejo relativa al Programa Nacional de Reformas de 2014 de España y por la que se emite un dictamen del Consejo sobre el Programa de Estabilidad de España para 2014, doc. núm. 2014/C 247/08, en: [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=CELEX:32014H0729\(08\)&from=ES](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=CELEX:32014H0729(08)&from=ES)

²⁶⁵ Recomendación del Consejo relativa al Programa Nacional de Reformas de 2015 de España y por la que se emite un dictamen del Consejo sobre el Programa de Estabilidad de 2015 de España, doc. núm. 2015/C 272/13, en: [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=CELEX:32015H0818\(14\)&from=ES](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=CELEX:32015H0818(14)&from=ES)

²⁶⁶ Creado en 2012, el MEDE se autodefine como una “solución permanente para un problema surgido a comienzos de la crisis de la deuda soberana: la falta de un respaldo para los países de la zona del euro que ya no pueden acceder a los mercados”. En la práctica, el MEDE proporciona ayuda financiera a los países de la zona del euro que la solicitan debido a una crisis financiera o económica. Véase: <https://www.esm.europa.eu/about-us/history>

²⁶⁷ Memorando de Entendimiento sobre Condiciones de Política Sectorial Financiera, párr. 29, en: <https://www.boe.es/boe/dias/2012/12/10/pdfs/BOE-A-2012-14946.pdf> [en adelante: MdE]

²⁶⁸ MdE, párrs. 30 y 31.

²⁶⁹ <https://www.esm.europa.eu/assistance/spain>

²⁷⁰ Más detalles en: ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eu-financial-assistance/which-eu-countries-have-received-assistance/financial-assistance-spain_en

²⁷¹ Spain – Post Programme Surveillance, Spring 2014, en:

ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2014/pdf/ocp193_summary_en.pdf

²⁷² Spain – Post Programme Surveillance, Spring 2014, en:

ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2014/pdf/ocp193_summary_en.pdf [Traducción de Amnistía Internacional]

²⁷³ Comisión Europea, Post-Programme Surveillance– Spain, Autumn 2017, en: ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip066_en.pdf [Traducción de Amnistía Internacional]

²⁷⁴ Esto concuerda con la postura pública más general adoptada por el Consejo en 2010 al afirmar: “Asegurar la sostenibilidad a largo plazo de las finanzas públicas es un desafío importante que debe continuar reflejándose adecuadamente en todos los ámbitos de la coordinación de la política económica en la UE”, sugiriendo formas en que los Estados podrían “limitar el crecimiento excesivo” del gasto público en sanidad, en: http://europa.eu/rapid/press-release_PRES-10-333_es.htm

4.2 ACTUACIÓN INADECUADA PARA IDENTIFICAR Y REDUCIR EL RIESGO DE IMPACTO SOBRE LOS DERECHOS HUMANOS

En torno a las mismas fechas en que las instituciones de la UE formulaban recomendaciones de reducción de déficit a España, estudios públicos de otros organismos de la UE, así como declaraciones de instituciones europeas e internacionales, señalaban los riesgos y el posible impacto sobre los derechos humanos que podría tener la reducción de los gastos en prestaciones sociales, especialmente en salud pública.²⁷⁵ Teniendo en cuenta estos riesgos, la UE debería haber tomado medidas concretas para identificar y mitigar el posible impacto sobre los derechos humanos de las políticas económicas y fiscales que promovían sus recomendaciones. Sin embargo, como demuestra este apartado, estas medidas no se tomaron.

4.2.1 OBLIGACIONES DE DERECHOS HUMANOS QUE NO SE TIENEN EN CUENTA EN LA FORMULACIÓN DE RECOMENDACIONES

La Dirección General de Asuntos Económicos y Financieros de la Comisión Europea informó a Amnistía Internacional de que durante el PDE y el Semestre Europeo las recomendaciones se elaboraban en función de análisis internos, como los informes de país y los exámenes exhaustivos. Otros departamentos de la Comisión Europea, como la Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión y la Dirección General de Salud, contribuyeron a las recomendaciones. Amnistía Internacional revisó los análisis internos mencionados *supra*. Si bien hacían referencia a algunos indicadores sociales (especialmente desempleo, educación y pobreza), no mencionaban las obligaciones de España en materia de derechos humanos ni la necesidad del gasto asociado al respeto, el cumplimiento y la protección de los derechos humanos. El experto independiente sobre los efectos de la deuda externa (designado por el Consejo de Derechos Humanos de la ONU y adscrito a la OACNUDH) señaló también que en el Semestre Europeo “[l]as políticas económicas y financieras se analizan en función de los informes de revisión y de cumplimiento que suelen centrarse mucho en el cumplimiento de los objetivos financieros y la aplicación del programa”.²⁷⁶

En el marco de la salud, la Comisión Europea reconoce los vínculos existentes entre la sostenibilidad fiscal y el gasto en salud pública.²⁷⁷ En una reunión con Amnistía Internacional, representantes de la Dirección General de Salud y Seguridad Alimentaria afirmaron que el Semestre Europeo vigilaba la “eficacia, accesibilidad y resistencia” de los sistemas de salud de la UE. Los perfiles sanitarios nacionales elaborados por la Dirección General de Salud y Seguridad Alimentaria son documentos clave que indican asuntos a reflejar en las recomendaciones durante el Semestre Europeo. Sin embargo, salvo que los indicadores de los perfiles de un país se alejen mucho de las tendencias regionales, los motivos de preocupación sobre sanidad no se reflejarán en las recomendaciones específicas de país.²⁷⁸ Si bien resulta útil basarse en indicadores de salud, la evaluación genera una clasificación que engloba a todos los países europeos, y por tanto existe el peligro de comparar países que están en niveles muy distintos en cuanto al desarrollo de su sistema de salud, incluso dentro de la UE, en lugar de medir posibles retrocesos a nivel nacional. Tampoco tiene en cuenta ciertos cambios en el sistema de salud y reducciones en el gasto en salud pública que pueden generar efectos a largo plazo no visibles en estos indicadores a corto plazo.

En este contexto, el experto independiente sobre las consecuencias de la deuda externa señala: “Es preciso vigilar el posible impacto en materia de derechos humanos de las recomendaciones específicas de país, en

²⁷⁵ Véase Eurofound, *Impacts of the crisis on access to healthcare services in the EU*, capítulo 6, 24 de noviembre de 2013, en: www.eurofound.europa.eu/publications/report/2013/quality-of-life-social-policies/impacts-of-the-crisis-on-access-to-healthcare-services-in-the-eu; Dirección General de Políticas Internas, *The impact of the crisis on fundamental rights across Member States of the EU-Comparative Analysis, Study for the LIBE Committee* (2015), en:

[http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2015/510021/IPOL_STU\(2015\)510021_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2015/510021/IPOL_STU(2015)510021_EN.pdf); Consejo de la Unión Europea, “Conclusiones del Consejo sobre la crisis económica y la atención sanitaria”, Luxemburgo, 20 de junio de 2014, [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=CELEX:52014XG0710\(01\)&from=ES#ntr1-C_2014217ES.01000201-E0001](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=CELEX:52014XG0710(01)&from=ES#ntr1-C_2014217ES.01000201-E0001) [en adelante: Conclusiones del Consejo sobre la atención sanitaria, 2014].

²⁷⁶ Consejo de Derechos Humanos de la ONU, Informe del Experto Independiente sobre las consecuencias de la deuda externa y las obligaciones financieras internacionales conexas de los Estados para el pleno goce de todos los derechos humanos, sobre todo los derechos económicos, sociales y culturales acerca de su misión a las instituciones de la Unión Europea, 28 de diciembre de 2016, doc. ONU: A/HRC/34/57/Add.1, párr. 10 [en adelante: Informe del Experto Independiente sobre la Unión Europea] [Traducción de Amnistía Internacional]

²⁷⁷ https://ec.europa.eu/health/policies/systems_es

²⁷⁸ Entrevista con representantes de la Comisión, febrero de 2018. Esto concuerda con el siguiente documento de la Comisión: Comisión Europea, “Identifying fiscal sustainability challenges in the areas of pension, health care and long-term care policies”, octubre de 2014, *Occasional Papers 201*, en: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2014/pdf/ocp201_en.pdf

las que deben reflejarse adecuadamente objetivos de política social”. El experto independiente recomienda que la UE “[e]labore un mecanismo de vigilancia y rendición de cuentas para garantizar la protección y realización de los derechos sociales en el contexto del Semestre Europeo” y que “[r]efuerce el mandato y la capacidad de la Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea [...] para promover un examen basado en los derechos de las políticas económicas y fiscales en el marco del Semestre Europeo”.²⁷⁹

4.2.2 EVALUACIONES DEL IMPACTO SOBRE LOS DERECHOS HUMANOS

En una reunión de Amnistía Internacional con representantes de la Dirección General de Asuntos Económicos y Financieros de la Comisión Europea, se confirmó que no se había llevado a cabo ninguna valoración sobre el impacto social o en materia de derechos humanos de las recomendaciones formuladas a España como parte del PDE o del Semestre Europeo, ni antes ni después de formularlas.²⁸⁰ Según dijeron estos representantes, el procedimiento de la UE no lo hacía necesario. Sus recomendaciones se habían basado sobre todo en análisis internos tales como el informe sobre el país y el examen exhaustivo. Dijeron también que las recomendaciones a menudo eran muy amplias —por ejemplo, sólo objetivos porcentuales para el saneamiento presupuestario— y la elección de la política concreta quedaba en manos del gobierno de España. Por consiguiente, habría resultado difícil que llevaran a cabo una evaluación del impacto de unas recomendaciones tan generales. Amnistía Internacional preguntó si la Comisión pedía al gobierno de España que realizara evaluaciones del impacto social o el impacto sobre los derechos humanos que pudiera tener su forma de aplicar estas recomendaciones. Si bien el Comité de Protección Social formuló esta petición en una ocasión, los representantes dijeron a Amnistía Internacional que no existía un procedimiento para ello y que era un aspecto que no estaban vigilando.

Las evaluaciones del impacto sobre los derechos humanos son necesarias para comprender cuál podría ser el efecto de una política concreta, y para aplicar medidas que lo mitiguen. La Comisión dispone de un procedimiento para llevar a cabo evaluaciones del impacto de algunas de sus iniciativas, incluidas propuestas legislativas y no legislativas,²⁸¹ cuando se prevé que el impacto económico, medioambiental o social de la actuación de la UE “probablemente sea importante”.²⁸² Sin embargo, la orientación sobre la evaluación del impacto excluye “la gobernanza económica: recomendaciones, opiniones, programas de ajuste” como iniciativas que necesiten evaluaciones de impacto, al considerarlos “[p]rocesos específicos apoyados por análisis específicos de países”.²⁸³ Es más, las directrices sobre la evaluación de impacto de la UE han sido criticadas, incluso por la OACNUDH, por no tener suficientemente en cuenta motivos de preocupación en materia de derechos humanos, especialmente respecto a los derechos económicos y sociales. Las directrices están pensadas fundamentalmente para evaluar el impacto económico, medioambiental o social. Si bien mencionan los “derechos fundamentales”, y en el concepto de “impacto social” se incluyen algunos motivos de preocupación respecto a los derechos humanos, en palabras de la OACNUDH, “esto no es suficiente garantía de que los derechos humanos se abordan sistemáticamente”.²⁸⁴

4.2.3 SALVAGUARDIAS INADECUADAS

Al no haber evaluaciones del impacto sobre los derechos humanos, a menudo las recomendaciones de la Comisión Europea y el Consejo de Europa para abordar los déficits no contienen las salvaguardias ni las sugerencias necesarias para garantizar que con su aplicación no se reduce la protección de los derechos humanos. Por ejemplo, ninguna de las recomendaciones que contienen objetivos de saneamiento presupuestario en virtud del PDE hizo referencia a la necesidad de respetar la obligación permanente de España de hacer realidad progresivamente los derechos económicos y sociales, ni a la necesidad de garantizar que la aplicación de la recomendación no discriminaba o afectaba desproporcionadamente a grupos marginados. En 2013 y 2014 se formularon recomendaciones específicas de país sobre la rentabilidad del gasto en salud que pidieron que España “mantuviera la accesibilidad de los grupos vulnerables”. Aunque no es una salvaguardia integral, esta práctica supone un paso positivo mediante el

²⁷⁹ Informe del Experto Independiente sobre la Unión Europea, párr. 83.

²⁸⁰ Entrevista con representantes de la Comisión, febrero de 2018.

²⁸¹ “Por qué son necesarias las evaluaciones de impacto”, en: https://ec.europa.eu/info/law/law-making-process/planning-and-proposing-law/impact-assessments_es

²⁸² “Tool #9. When is an Impact Assessment Necessary?”, en: ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/better-regulation-toolbox-9_en_0.pdf [en adelante: Tool # 9] [Traducción de Amnistía Internacional]

²⁸³ Tool #9, p. 51 [Traducción de Amnistía Internacional]

²⁸⁴ OACNUDH, *The EU and International Human Rights Law*, p. 20, en: www.europe.ohchr.org/Documents/Publications/EU_and_International_Law.pdf

cual se reflejan las obligaciones que tiene el Estado en materia de derechos humanos cuando toma decisiones económicas y fiscales. Sin embargo, esta salvedad se eliminó en una recomendación formulada de manera similar en 2015.²⁸⁵

Por consiguiente, las recomendaciones del PDE y del Semestre Europeo aumentaron la presión para que el gobierno de España aplicara las medidas de austeridad que aplicó. Las instituciones de la UE deberían haber desempeñado un papel más importante a la hora de identificar y mitigar el impacto de estas políticas sobre los derechos humanos pero, en lugar de ello, guiaron al gobierno español hacia políticas incompatibles con la obligación de España de hacer realidad el derecho a la salud, o no hicieron lo suficiente para mitigar su posible impacto sobre los derechos humanos.

²⁸⁵ Cuando Amnistía Internacional preguntó a los representantes de la Dirección General de Asuntos Económicos y Financieros por qué se había eliminado esta salvaguardia, explicaron que sus análisis internos la habían considerado innecesaria. Sin embargo, no está claro de qué análisis se trató exactamente, ya que en ninguno de los que aparecían en la documentación pública se había hecho esta evaluación.

5. LAS OBLIGACIONES DE ESPAÑA EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS

5.1 EL DERECHO A LA SALUD

España ha ratificado una serie de tratados internacionales y regionales de derechos humanos que exigen que el derecho a la salud se respete, se proteja y se haga realidad. Algunos de estos tratados son el PIDESC y su Protocolo Facultativo,²⁸⁶ la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer,²⁸⁷ la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial,²⁸⁸ la Convención sobre los Derechos del Niño,²⁸⁹ y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.²⁹⁰

El derecho a la salud exige que haya un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud; que éstos sean accesibles a todas las personas, sin discriminación alguna, lo que incluye la accesibilidad física, la accesibilidad económica (asequibilidad) y el acceso a la información; que sean aceptables para todas las personas, es decir, que respeten la ética médica y que sean culturalmente adecuados; y que sean de buena calidad.²⁹¹ También se extiende a los determinantes subyacentes de la salud, que incluyen alimentos y nutrición, vivienda, agua potable, saneamiento adecuado, condiciones de trabajo seguras y sanas, así como un medio ambiente sano.²⁹² La “participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional” también es clave.

Estas obligaciones incluyen protecciones para grupos concretos, incluidos aquéllos sobre los que se centra este informe. Según el artículo 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Un estudio temático realizado por el relator especial sobre el derecho a la salud señaló que las personas de más edad eran “especialmente vulnerables como grupo” en lo que se refiere al derecho a la salud.²⁹³ La existencia de mecanismos efectivos, transparentes y accesibles de vigilancia y rendición de cuentas es una característica fundamental del derecho a la salud, y esto incluye la

²⁸⁶ Artículo 12.

²⁸⁷ Artículo 12.

²⁸⁸ Artículo 5.e.iv.

²⁸⁹ Artículo 24.

²⁹⁰ Artículo 25.

²⁹¹ CESCR, Observación General nº 14, párr. 12.

²⁹² CESCR, Observación General nº 14, párr. 4.

²⁹³ Consejo de Derechos Humanos de la ONU, Estudio temático sobre el ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores realizado por el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, doc. ONU A/HRC/18/37, 4 de julio de 2011.

recogida de información pertinente desglosada para captar las condiciones de los grupos que sufren una marginación específica.²⁹⁴

Además, España tiene obligaciones en virtud de instrumentos regionales que protegen el derecho a la salud. La Carta Social Europea afirma que toda persona tiene derecho a beneficiarse de cualquier medida que le permita disfrutar del más alto nivel posible de salud, y en su artículo 11 describe otras medidas que los Estados deben tomar para proteger la salud.²⁹⁵ España ha firmado, aunque no ratificado, la Carta Social Europea, que también protege aspectos del derecho a la salud.²⁹⁶ El artículo 168 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea dispone: “Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana”. En 2014, el Consejo adoptó las conclusiones sobre la crisis económica y la atención sanitaria, pidiendo a los Estados que “[s]igan mejorando un acceso mayor de toda la población a unos servicios de atención sanitaria de alta calidad, prestando especial atención a los grupos más vulnerables”.²⁹⁷

La Constitución española protege el derecho a la salud en su artículo 43, que dispone: “1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”.²⁹⁸ Este derecho figura en el Capítulo tercero de la Constitución, “De los principios rectores de la política social y económica”, lo cual significa que no puede hacerse efectivo de la misma forma que los derechos del Capítulo segundo, “Derechos y libertades”. Por ejemplo, el artículo 53 de la Constitución española establece un proceso mediante el cual pueden hacerse efectivos los derechos recogidos en el Capítulo segundo y que incluye el recurso ante los tribunales. Sin embargo, el artículo 53.3 dispone que, si bien la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos se basarán en “los principios reconocidos en el Capítulo tercero, [...] [s]ólo podrán ser alegados ante la Jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen”.²⁹⁹

5.2 AUSTERIDAD Y DERECHOS HUMANOS

La obligación de hacer realidad el derecho a la salud es progresiva. Esto quiere decir que España tiene la obligación inmediata de adoptar medidas deliberadas y concretas dirigidas a la plena realización del derecho a la salud.³⁰⁰ Existe una fuerte presunción en contra de las medidas deliberadamente regresivas,³⁰¹ y, si se adopta cualquier medida deliberadamente regresiva, corresponde al Estado Parte justificar el motivo. Las medidas de austeridad —y en esto España no es una excepción— suelen implicar reducciones del gasto público y cambios estructurales en los sistemas de prestaciones sociales para ahorrar costes, lo cual a menudo provoca un retroceso del disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales. Los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos han señalado que los programas de austeridad suponen un peligro para los derechos humanos y que los Estados siguen teniendo obligaciones de derechos humanos incluso “en momentos de crisis económica, [cuando] podría resultar inevitable realizar ajustes en la aplicación de algunos derechos del Pacto”.³⁰² Basándose en ello, han elaborado criterios sobre la forma en que deben desarrollarse y aplicarse las medidas de austeridad. Hay un creciente reconocimiento internacional, basado en las observaciones generales, las observaciones finales y las declaraciones de mecanismos de derechos humanos,³⁰³ de que las medidas potencialmente regresivas sólo podrían considerarse coherentes con las obligaciones en materia de derechos económicos, sociales y culturales si se cumplen estos criterios.

²⁹⁴ Consejo de Derechos Humanos de la ONU, El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental: informe del Relator Especial, doc. ONU E/CN.4/2003/58, 13 de febrero de 2003; CESCR, Observación general nº 14, párrs. 57 y 58.

²⁹⁵ Carta Social Europea de 1961, en: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=t3/fileadmin/Documentos/BDL/2002/1934>

²⁹⁶ Carta Social Europea (revisada), en: <https://rm.coe.int/168047e013>

²⁹⁷ Conclusiones del Consejo sobre la atención sanitaria (2014).

²⁹⁸ Constitución española, en: <http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/index.htm>

²⁹⁹ Constitución española, en: <http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/index.htm>

³⁰⁰ CESCR, Observación General nº 14, párr. 30.

³⁰¹ CESCR, Observación General nº 14, párr. 32.

³⁰² Carta del CESCR, 16 de mayo de 2012.

³⁰³ Los siguientes expertos y expertas han desarrollado y respaldado estos criterios: la experta independiente sobre la cuestión de los derechos humanos y la extrema pobreza (designada por el Consejo de Derechos Humanos de la ONU); el CESCR; la OACNUDH; y el experto independiente sobre las consecuencias de la deuda externa. Véase: Consejo de Derechos Humanos de la ONU, *Informe de la Experta independiente encargada de la cuestión de los derechos humanos y la extrema pobreza*, doc. ONU A/HRC/17/34, 17 de marzo de 2011. Carta del CESCR, 16 de mayo de 2012. Véase también CESCR, *Deuda pública, medidas de austeridad y Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, doc. ONU E/C.12/2016/1, 22 de julio de 2016, que profundizó en el desarrollo de estos criterios. OACNUDH, *Informe sobre el efecto de las medidas de austeridad*, 2013. Un estudio del Consejo de Europa sobre la cuestión también se ha referido con aprobación a estos criterios: *The impact of the economic crisis and austerity measures on human rights in Europe: A Feasibility Study, Adopted by the Steering Committee for Human Rights (CDDH) on 11 December 2015*.

En pocas palabras, las medidas de austeridad deben ser: a) temporales y abarcar únicamente el periodo de crisis económica;³⁰⁴ b) legítimas, con el fin último de proteger el conjunto de los derechos humanos; c) necesarias, en el sentido de que deben poder justificarse tras el más minucioso examen de todas las demás alternativas menos restrictivas; d) razonables, en el sentido de que los medios elegidos han de ser los más adecuados y capaces de alcanzar el objetivo legítimo; e) proporcionadas, en el sentido de que toda otra acción u omisión sería más perjudicial para el disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales; f) no discriminatorias y capaces de mitigar las desigualdades que puedan surgir en tiempos de crisis; y deben garantizar que los derechos de las personas y los grupos desfavorecidos y marginados no se vean afectados de manera desproporcionada; g) capaces de preservar el contenido básico mínimo de los derechos económicos, sociales y culturales, sobre la base de la transparencia y la participación genuina de los grupos afectados en el examen de las medidas y alternativas propuestas, y h) objeto de procedimientos genuinos de examen y rendición de cuentas.³⁰⁵

5.3 OBSERVACIONES ESPECÍFICAS SOBRE ESPAÑA DE LOS ÓRGANOS DE TRATADOS DE DERECHOS HUMANOS

Varios órganos creados en virtud de tratados y de la Carta de la ONU han comentado el impacto de las medidas de austeridad sobre el derecho a la salud en España. En su informe de 2012, el CESCR recomienda a España que “garantice que todas las medidas de austeridad adoptadas identifiquen el contenido mínimo esencial de todos los derechos del Pacto, y que tome todas las medidas apropiadas para proteger este contenido esencial en cualquier circunstancia, especialmente para las personas y los grupos desfavorecidos y marginados.³⁰⁶ [...] y [que las medidas] sean en todos casos temporales [y] proporcionales [...]”.³⁰⁷ En el contexto de la salud, concretamente, el Comité afirma que España debe garantizar que “las reformas adoptadas no limiten el acceso de las personas que residen en el Estado parte a los servicios de salud, cualquiera sea su situación legal [También recomienda que el Estado parte] evalúe el impacto de toda propuesta de recorte en cuanto al acceso de las personas y colectivos desfavorecidos y marginados a los servicios de salud”.³⁰⁸

En 2015, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) observó que la crisis financiera y económica y las medidas de austeridad tomadas por España “han tenido efectos negativos en todas las esferas de la vida de las mujeres” y que le preocupaba que “no se han realizado estudios ni evaluaciones para vigilar los efectos de la crisis en función del género”.³⁰⁹ En el contexto de la salud, concretamente, el Comité señaló que el Real Decreto Ley 16/2012 afectaba desproporcionadamente a las mujeres migrantes, porque las privaba de libre acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, y recomendó que España “[r]establezca el acceso universal al cuidado de la salud, entre otras cosas derogando la enmienda del Real Decreto Legislativo núm. 16/2012, con miras a garantizar el cuidado de la salud para todas las mujeres en el Estado parte, independientemente de su situación migratoria”.³¹⁰

Igualmente, el informe de 2013 del comisario para los Derechos Humanos del Consejo de Europa señaló el impacto que la crisis económica y las medidas de austeridad fiscal habían tenido sobre las personas con discapacidad en España. En concreto, el comisario lamentaba que “no se [hubieran] evaluado hasta la fecha los efectos de los recortes en los derechos de las personas con discapacidad” y temía que “las considerables restricciones presupuestarias llevadas a cabo en los dos últimos años, además de generar una mayor pobreza entre las personas con discapacidad, [pudieran] conducir a un retroceso en el goce de algunos de los derechos reconocidos en el último decenio”.³¹¹ Una de sus recomendaciones era que las autoridades se cercioraran de que la introducción del copago para el acceso a una serie de servicios,

³⁰⁴ OACNUDH, *Informe sobre el efecto de las medidas de austeridad*, 2013.

³⁰⁵ Consejo de Derechos Humanos de la ONU, *Informe del Experto Independiente sobre las consecuencias de la deuda externa. Elaboración de unos principios rectores para evaluar el impacto de las políticas de reforma económica en los derechos humanos*, doc. ONU A/HRC/37/54, 20 de diciembre de 2017, párr. 29.

³⁰⁶ CESCR, Observaciones finales – España, 2012, párr. 8.

³⁰⁷ CESCR, Observaciones finales – España, 2012, párr. 17.

³⁰⁸ CESCR, Observaciones finales – España, 2012, párr. 19.

³⁰⁹ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de España, doc. ONU CEDAW/C/ESP/CO/7-8, 29 de julio de 2015, en:

http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/ESP/CO/7-8%20&Lang=Es, [en adelante:

Comité del CEDAW, Observaciones finales – España, 2015] párr. 8.

³¹⁰ Comité del CEDAW, Observaciones finales – España, 2015] párrs. 30 y 31.a. El Grupo de Trabajo de la ONU sobre la Cuestión de la Discriminación contra la Mujer en la legislación y en la práctica efectuó observaciones similares en 2015. Véase: Informe del grupo de trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica: Misión a España, doc. ONU A/HRC/29/40/Add.3, 17 de junio de 2015.

³¹¹ Consejo de Europa, Informe del Comisario para los Derechos Humanos, 2013, párr. 54.

incluida la atención sanitaria, no tuviera un impacto desproporcionado en los ingresos de las personas con discapacidad.³¹²

Varios países plantearon el impacto de las medidas de austeridad en el examen periódico universal (EPU) de España. Argelia recomendó que España evaluara sistemáticamente el impacto de las medidas de austeridad sobre los grupos sociales más vulnerables, especialmente la infancia;³¹³ Brasil recomendó que España actuara para que las medidas de austeridad no tuvieran un impacto negativo sobre los derechos económicos, sociales y culturales, especialmente el derecho a una vivienda adecuada, a la salud, a la alimentación y a la educación;³¹⁴ Egipto recomendó que cualquier medida de austeridad adoptada por el gobierno fuera mínima, temporal, proporcional y no discriminatoria, y tuviera en cuenta las necesidades de la población más pobre y desfavorecida;³¹⁵ y Cuba recomendó que España reanudara las medidas de protección social y atención a las personas más desfavorecidas afectadas por la crisis internacional económica y financiera.³¹⁶ El gobierno de España apoyó todas estas recomendaciones.³¹⁷

³¹² Consejo de Europa, Informe del Comisario para los Derechos Humanos, 2013, párr. 93.

³¹³ España, Informe EPU 2015, párr. 131.123.

³¹⁴ España, Informe EPU 2015, párr. 131.125.

³¹⁵ España, Informe EPU 2015, párr. 131.126.

³¹⁶ España, Informe EPU 2015, párr. 131.127. Véase también la recomendación de Venezuela, párr. 131.128.

³¹⁷ Anejo explicativo de las observaciones de España a las recomendaciones recibidas por España con ocasión del segundo ciclo del Examen Periódico Universal. (anejo al documento A/HRC/29/8/1), p. 87, en: <http://www.ohchr.org/SP/HRBodies/UPR/Pages/ESIndex.aspx>

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las medidas de austeridad en el SNS —que incluyen las reducciones del gasto público en salud, los cambios estructurales en el sistema público de salud para reducir costes y las modificaciones en las condiciones laborales de los trabajadores y trabajadoras de la salud— han tenido como consecuencia un deterioro de la accesibilidad, la asequibilidad y la calidad de la atención de la salud en España. Las medidas también han tenido impacto en el personal sanitario: sus horas de trabajo aumentaron, sus salarios reales y beneficios se redujeron y su carga de trabajo se incrementó. Muchos de estos cambios han tenido un impacto particular y desproporcionado en las personas de rentas más bajas y, dentro de este grupo, en las personas con enfermedades crónicas, las personas con discapacidad y las que reciben tratamiento de salud mental. Además, la forma en que estas medidas se desarrollaron y aplicaron no cumplió los criterios elaborados por los órganos creados en virtud de tratados internacionales de derechos humanos. Las medidas que ahorraron costes en el SNS sin poner indebidamente en peligro el derecho a la salud se aplicaron después de las que tuvieron un impacto regresivo, y no antes. No se llevó a cabo ninguna evaluación del impacto sobre los derechos humanos antes del recorte del presupuesto en salud pública ni de la aplicación del RDL 16/2012. Los niveles de participación y consulta sobre el desarrollo y la aplicación de las medidas de austeridad fueron insuficientes. Y muchos de los cambios introducidos en el sistema de salud, especialmente el RDL 16/2012, no fueron temporales y siguen en vigor.

El impacto regresivo de las medidas de austeridad, combinado con la forma en que estas medidas se desarrollaron y aplicaron, lleva a Amnistía Internacional a concluir que España ha violado el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

En vista de los resultados y las conclusiones anteriores, Amnistía Internacional recomienda:

Al Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad:

1. Respecto al RDL 16/2012, y con carácter de urgencia:
 - Derogar los artículos 3, 3 *bis* y 3 *ter*, que limitan los tipos de personas que pueden acceder a la asistencia sanitaria a través del SNS, y garantizar que todas las personas, incluidas las personas migrantes en situación irregular, pueden acceder al sistema público de atención de salud en pie de igualdad y sin discriminación.
 - Revisar los artículos 8, 8 *bis*, 8 *ter* y 8 *quáter*, y restablecer la estructura de la cartera común de servicios anterior a la entrada en vigor del RDL 16/2012. Hasta entonces, garantizar que la estructura de cualquier nuevo copago incluye salvaguardias adecuadas para asegurar que no perjudica desproporcionadamente a grupos concretos —personas con discapacidad, personas mayores, personas con enfermedades crónicas y personas con pocos ingresos y económicamente vulnerables— y que la atención de la salud es asequible para todas las personas.
 - Revisar el artículo 85 *ter* para restablecer la cobertura de medicamentos “indicados en el tratamiento de síntomas menores”. Hasta entonces, considerar la posibilidad de: 1) Introducir salvaguardas financieras o excepciones para los grupos a los que se recetan habitualmente

estos medicamentos y que sufren desproporcionadamente su eliminación; ii) Restablecer gradualmente la cobertura de los productos médicos que fueron eliminados del catálogo del SNS a consecuencia de esta modificación, comenzando por los que son importantes para grupos especialmente afectados, como las personas con enfermedades crónicas y las personas de edad.

Revisar la nueva estructura de copagos introducida por el artículo 94 *bis* para, como mínimo, garantizar que dicha estructura asegura una atención sanitaria asequible para todas las personas y no implica un coste económico excesivo para las personas económicamente vulnerables, con vistas a restaurar la situación al estado previo a la entrada en vigor del RDL 16/2012.

2. Llevar a cabo urgentemente una evaluación del impacto sobre los derechos humanos para evaluar el impacto que han tenido las medidas de austeridad sobre el derecho a la salud en España, especialmente sobre los derechos de grupos en peligro de sufrir mayor impacto, como las personas con discapacidad, las personas con enfermedades crónicas, las personas mayores y las personas con problemas de salud mental. Dar a conocer públicamente el resultado de esta evaluación.
3. Mejorar las condiciones laborales del personal sanitario, incluidas las que afectan a la accesibilidad y la calidad de la atención sanitaria. En concreto, restaurar los beneficios, reducir la precariedad de los contratos de los trabajadores y trabajadoras de la salud y garantizar que son contratados en número suficiente para cubrir la demanda de servicios sanitarios.
4. Explorar urgentemente alternativas para mejorar el déficit presupuestario sin recurrir a medidas que tengan un impacto regresivo en el derecho a la salud.
5. Apoyar otras políticas que tienen impacto en la salud y el acceso a la atención sanitaria, como las relacionadas con los determinantes sociales de la salud, lo que incluye garantizar que la Ley de Dependencia se financia suficientemente y se aplica en su totalidad.
6. Llevar a cabo una evaluación del impacto de derechos humanos antes de introducir cualquier futura medida para mejorar la rentabilidad y la eficacia del SNS, y garantizar una auténtica consulta y participación de los grupos afectados sobre la manera de desarrollar y aplicar estas medidas.

Al Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas y el Ministerio de Economía, Industria y Competitividad:

1. Explorar urgentemente otras opciones para mejorar el déficit presupuestario aumentando los ingresos, por ejemplo, combatiendo eficazmente la evasión de impuestos y el fraude fiscal.
2. Desarrollar mecanismos mediante los cuales la ciudadanía pueda participar eficazmente y realizar sus aportaciones en los debates sobre presupuestos y gasto público antes de que se tomen decisiones sobre la reducción del gasto público en prestaciones sociales en tiempos de crisis económica.

A los gobiernos autonómicos, en particular los de Andalucía y Galicia:

1. Dar prioridad al aumento de las asignaciones presupuestarias para salud pública a nivel autonómico para, como mínimo, devolver lo antes posible el gasto total y per cápita en salud a los niveles existentes antes de la imposición de las medidas de austeridad.
2. Resolver urgentemente el deterioro del acceso, la asequibilidad y la calidad del derecho a la salud identificado en este informe, y en concreto:
 - Tomar medidas urgentes para reducir los tiempos de las listas de espera y el número de personas que esperan ser atendidas en el sistema público de salud;
 - Garantizar que cualquier grupo para el que las medidas de austeridad del SNS supongan un impacto económico desproporcionado recibe apoyo mediante medidas selectivas para que el gasto sanitario no genere cargas económicas indebidas.
 - Controlar y llevar a cabo la evaluación del impacto concreto que tienen en la calidad de la atención los “complementos” económicos para los profesionales de la salud.

3. Llevar a cabo una evaluación del impacto en los derechos humanos antes de que se aplique cualquier futura medida destinada a mejorar la rentabilidad y la eficacia de los sistemas de salud autonómicos, y garantizar la adecuada participación y consulta de los grupos afectados respecto a la forma en que tales medidas se desarrollan y aplican.

Al gobierno de España:

1. Tomar medidas para garantizar que la Constitución española reconoce y afirma el principio de indivisibilidad e interdependencia de todos los derechos humanos dando el mismo estatus a todos ellos y asegurando que todos los derechos económicos, sociales y culturales son garantizados igual que los “derechos fundamentales” del Capítulo II de la Constitución.
2. Ratificar la Carta Social Europea (Revisada) y su Protocolo Adicional de 1995.

A las instituciones de la UE:

1. Garantizar que las recomendaciones y los objetivos de saneamiento presupuestario efectuados durante el Semestre Europeo y el PDE no desvirtúan la capacidad de los Estados de cumplir sus obligaciones en materia de derechos económicos y sociales.
2. Dar a las obligaciones de los Estados en materia de derechos humanos la misma prioridad que se da a los objetivos económicos y fiscales al formular recomendaciones durante el Semestre Europeo y el PDE, en concreto:
 - Utilizando análisis recientes del cumplimiento por parte de los Estados de sus obligaciones en materia de derechos económicos y sociales, evaluado por los órganos de vigilancia de los tratados de derechos humanos, como parte de los análisis internos en los que se basa el desarrollo de las recomendaciones;
 - Dando a los objetivos de política social y a las obligaciones en materia de derechos humanos mayor prioridad en las recomendaciones específicas de país.
3. Llevar a cabo evaluaciones del impacto sobre los derechos humanos de todos los programas de reforma económica y ayuda financiera, siguiendo las recomendaciones del Experto Independiente sobre las consecuencias de la deuda externa.
4. Llevar a cabo evaluaciones del impacto sobre los derechos humanos de las recomendaciones del Consejo y de la Comisión con arreglo al Semestre Europeo y al PDE que son específicas y que probablemente influyan en las salvaguardias de derechos humanos, y modificar las recomendaciones para introducir las salvaguardias y medidas necesarias en función de los resultados de estas evaluaciones.
5. Cuando resulte difícil llevar a cabo una evaluación del impacto sobre los derechos humanos de una recomendación concreta porque esté formulada en términos generales, pero que es probable que afecte a las salvaguardias de derechos humanos cuando sea aplicada:
 - Introducir desde el principio salvaguardias en la recomendación, pidiendo al Estado que garantice la protección de los derechos humanos en su aplicación, especialmente de los derechos de los grupos marginados que pudieran correr especial peligro a consecuencia de la recomendación; Amnistía Internacional considera que las recomendaciones que piden a los Estados reducir los gastos en prestaciones sociales o mejorar la “rentabilidad” de los sistemas públicos de bienestar conllevan este peligro, y por consiguiente siempre deben ir acompañadas de salvaguardias;
 - Pedir a los Estados que lleven a cabo evaluaciones del impacto sobre los derechos humanos antes y después de la aplicación de estas recomendaciones, informen periódicamente del resultado de estas evaluaciones, y tengan en cuenta sus resultados al formular futuras recomendaciones.
6. Revisar las Directrices de Evaluación del Impacto existentes para garantizar que todas las evaluaciones de impacto miden el efecto que tendrán determinadas políticas de la UE sobre las salvaguardias de derechos humanos, incluida la capacidad de los países de respetar, proteger y hacer realidad toda la gama de obligaciones económicas y de derechos sociales.

**AMNISTIA INTERNACIONAL
ES UN MOVIMIENTO GLOBAL
QUE TRABAJA EN DEFENSA
DE LOS DERECHOS
HUMANOS.
CUANDO UNA PERSONA ES
OBJETO DE INJUSTICIA, NOS
IMPORTA A TODOS.**

CONTÁCTANOS



info@amnesty.org



+44 (0)20 7413 5500

ÚNETE A LA CONVERSACIÓN



www.facebook.com/AmnestyGlobal



[@AmnistiaOnline](https://twitter.com/AmnistiaOnline)

LA RECETA EQUIVOCADA

EL IMPACTO DE LAS MEDIDAS DE AUSTRERIDAD EN EL DERECHO A LA SALUD EN ESPAÑA

La crisis económica y financiera de 2008 ha tenido un fuerte impacto en España, donde las personas se enfrentan a niveles crecientes de vulnerabilidad económica, pobreza y desigualdad. El gobierno comenzó a introducir medidas de austeridad para reducir urgentemente su déficit, incluyendo recortes en el gasto público en salud. También introdujo cambios estructurales para limitar los costes del sistema sanitario público español, incluido el Real Decreto Ley 16/2012, y medidas que limitaban la contratación y modificaban las condiciones de empleo de los trabajadores sanitarios.

Este informe examina cómo estas medidas de austeridad provocaron un deterioro de la accesibilidad, asequibilidad y calidad de la asistencia sanitaria en España. Muchas de estas medidas han tenido un impacto particular y desproporcionado en las personas de rentas más bajas y, dentro de este grupo, en las personas con enfermedades crónicas, las personas con discapacidad, las personas mayores y las que reciben tratamiento de salud mental. El impacto regresivo de las medidas de austeridad, combinado con la forma en que estas medidas se desarrollaron y aplicaron, lleva a Amnistía Internacional a concluir que España ha violado el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.