



01/07/2021

RAP/RCha/ESP/33 (2021)

## **EUROPEAN SOCIAL CHARTER**

Comments by the Amnesty International on  
Thematic groups 2: health, social security and social  
protection

Report registered by the Secretariat  
on 01 July 2021

**CYCLE 2021**

Ref: TIGO IOR 10/2021.1819

30 June 2021

## AMNESTY INTERNATIONAL SUBMISSION TO THE EUROPEAN COMMITTEE OF SOCIAL RIGHTS ON NATIONAL REPORTS, THEMATIC GROUPS 2 – HEALTH, SOCIAL SECURITY AND SOCIAL PROTECTION: SPAIN

This submission seeks to provide additional information to the European Committee of Social Rights (herein the Committee) with respect to its review of Spain's national report pertaining to the provisions of the Social Charter belonging to the thematic group 2 on health, social security and social protection.

Amnesty International welcomes the information provided by the State in response to questions regarding Spain's protection of the right to health and its response to the COVID-19 pandemic. However, we would like to use this opportunity to raise some concerns about how the right to health, and the rights of health and essential workers (relating to Article 3 and Article 11) were protected during the pandemic.

In 2020, Amnesty International's report *Exposed, Silenced, Attacked* documented failures to protect health and essential workers in over 60 states.<sup>1</sup> With respect to Spain specifically: weekly bulletins published by the Spanish government reported that as of 10 December 2020, 92 health workers had died of COVID-19.<sup>2</sup> There was a gendered component to these statistics as well: as of June 2020, 76.5% of the total health worker COVID-19 cases were women, and women also formed a greater proportion of the health workforce than men did.<sup>3</sup>

Furthermore, a report by Amnesty International Spain published in 2018, *Abandoned: The lack of protection and discrimination against older people in care homes during the COVID-19 pandemic in Spain* – documented how the measures taken by the authorities to respond to the COVID-19 pandemic in Catalonia and Madrid were inefficient and inadequate and violated the rights to health, life and non-discrimination of older people.<sup>4</sup> The report showed how staff in care homes were not provided with adequate PPE or PCR tests. Care home residents did not have adequate health assistance, were excluded from referrals to hospitals across the board and did not receive the assistance they needed in the care homes.

Both these concerns – the lack of protection for health workers and the violations of the rights of older persons in care homes – are strongly linked to austerity measures and under-funding of health care in Spain. The decade of health and social cutbacks has undermined the public health system, deteriorating access, affordability and quality of health care.

---

<sup>1</sup> Amnesty International, *Exposed, Silenced, Attacked – Failures to Protect Health and Essential Workers during the COVID-19 Pandemic*, POL 40/2572/2020, [Exposed, silenced, attacked: failures to protect health and essential workers during the COVID-19 pandemic | Amnesty International](#)

<sup>2</sup> Amnesty International, *Mapping health worker deaths from COVID-19*, 5 March 2021, [Mapping health worker deaths from COVID-19 | Amnesty International](#)

<sup>3</sup> See: [Guía para la evaluación de la gravedad de las epidemias de pandemias de gripe en España \(isciii.es\)](#). As per data from the Ministry of Health as of 2018, women represent a majority in the health sector, especially among primary care nurses (78.7%), emergency nurses (71.23%), midwives (93.05% are women), nursing assistants (94.43%), paediatric nurses (73.11%) and administrative staff of health centres (82.44%). They are also in the majority, although to a lesser extent, in primary care (55.9%) and emergency medicine (54.71%). See: [Consulta Interactiva del SNS \(mscbs.es\)](#)

<sup>4</sup> Amnesty International Spain, *Abandoned: The lack of protection and discrimination against older people in care homes during the COVID-19 pandemic in Spain*, [Spain: Older people in care homes abandoned during COVID19 pandemic | Amnesty International](#)

Amnesty International's 2018 report documented the impact of austerity measures on the right to health in Spain in detail, also finding that these cuts had a particular and disproportionate impact on people with lower incomes, and especially on people with chronic health conditions, people with disabilities, older persons, and people accessing mental health care.<sup>5</sup> Amnesty International has repeatedly urged States that plans to recover from the COVID-19 pandemic avoid introducing austerity measures without adequate safeguards and due regard for human rights.

Please find attached to this letter, for further consideration by the Committee, Amnesty International's 2018 Report *Abandoned: The lack of protection and discrimination against older people in care homes during the COVID-19 pandemic in Spain*.

We remain at your disposal for further information,

Yours sincerely,

Eve Geddie



Head of Office and Advocacy Director  
European Institutions Office  
Amnesty International

---

<sup>5</sup> Amnesty International, *Wrong Prescription: The Impact of Austerity Measures on the Right to Health in Spain*, EUR 41/8136/2018, [Spain: Wrong prescription: The impact of austerity measures on the right to health in Spain | Amnesty International](#)

# EXECUTIVE SUMMARY

This report analyses the impact of primary care management on the right to health – especially for the most vulnerable – and health workers in Spain’s Autonomous Communities (*Comunidades Autónomas*) of Madrid, Castilla-La Mancha and Catalonia during the COVID-19 pandemic. These Autonomous Communities have been chosen for a number of strategic reasons that are set out in the methodology section.

The COVID-19 pandemic placed Spain’s National Healthcare System (NHS) under an unprecedented level of pressure in the country’s recent history. This increased pressure was not accompanied by adequate measures to strengthen primary care and guarantee everyone’s right to health, consequently bringing the system near to collapse.

On 14 March, the government adopted Royal Decree 463/2020 declaring a state of emergency in order to address the health crisis situation linked to the COVID-19 pandemic. This regulation established that all the public administrations’ civilian health authorities were to receive orders directly from the Minister of Health, notwithstanding that the autonomous public administrations would retain responsibility for managing the corresponding health services.

At the start of the pandemic, local health centres and clinics were closed. According to information provided by the Catalan Health Service, the percentage of health centres that closed in Catalonia from March to September 2020 ranged from 0.92% to 9% and local clinics from 24% to 46%.<sup>1</sup> In the Community of Madrid, 7.8% of health centres and 53.3% of local clinics were closed until April 2020. By October, the percentage of health centres closed was 0.69% and that of local clinics 23.06%.<sup>2</sup> Castilla-La Mancha claims not to have closed any centres or clinics over this period, but it does acknowledge having reorganised services and limited their opening hours, which consequently affected healthcare.<sup>3</sup>

The face-to-face model of healthcare was transformed into a telephone care model with the aim of preventing transmission within health centres. This transition took place abruptly, however, and without the necessary technology in place, when the system was under great pressure and without implementing sufficient measures to strengthen either material or human resources to ensure people’s access to primary care. The *Foro de Médicos de Atención Primaria* (Primary Care Physicians’ Forum) warned that calls to some health centres in Spain increased by more than 400% between March and September and called for improvements to the obsolete and insufficient telephone care network.<sup>4</sup>

Some actions were taken in the Autonomous Communities in question to facilitate access to the primary care system. In Castilla-La Mancha, a call centre system was set up in September and 90 professionals were employed.<sup>5</sup> In Catalonia, remote care strategies were developed, largely through the “*La Meva Salut*” (‘My Health’) application. Amnesty International has not received any information from the Community of Madrid in this regard. People without COVID-19 symptoms who decided to go to medical centres because the telephone system was on the verge of collapse did not receive healthcare in any of the three communities studied, but simply a recommendation to return home and wait for a call from a health worker, thus further

---

1 Information provided to Amnesty International by the Servei Català de la Salut (Catalan Health Service).

2 Information provided by the Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (Madrid Community Health Ministry).

3 See: <https://www.lavozdeltajo.com/noticia/51101/actualidad/-talavera--gerencia-de-atencion-primaria-nunca-autorizo-el-cierre-de-urgencias-del-ambulatorio-de-la-estacion.html>

4 See: <http://medicosypacientes.com/articulo/el-foro-de-medicos-de-atencion-primaria-alerta-de-la-situacion-de-los-centros-de-salud-en>

5 See: <https://citapreviasescam.es/comienza-a-operar-en-toda-la-region-el-call-center-habilitado-por-el-gobierno-de-castilla-la-mancha-para-agilizar-las-citas-telefonicas-en-atencion-primaria/>

delaying their care. Moreover, these decisions to close centres, change the model of care and set up triage posts in health centres took place without providing adequate information to the population.

Faced with the near collapse of the care system, the Autonomous Communities took a number of measures to reinforce it. In October, the Madrid Regional Government announced that it had recruited 10,400 health professionals, 700 of them in primary care,<sup>6</sup> and declared a three-year, 83 million euro “Integrated Primary Care Improvement Plan”.<sup>7</sup> In Catalonia, a “Plan to strengthen and transform primary care” was announced with an initial investment of 300 million euro by which the health authorities state they hired 4,310 professionals,<sup>8</sup> including 800 COVID managers whose main task was contact tracing of people suspected of having the virus. For its part, the Castilla-La Mancha Department of Health state that they recruited 2,080 primary care workers between 1 March and 30 September 2020, including 477 medical staff, 914 nurses and 410 administrative assistants.<sup>9</sup> Organisations and health workers in the three Autonomous Communities nonetheless describe these measures as insufficient.

The measures described above were insufficient because they did not adequately strengthen primary care nor guarantee access to healthcare for a population with growing health needs, either in relation to COVID-19 or other pathologies. Faced with such scarce resources, services such as home visits were scaled back, affecting people who could not access the centres due to their physical or health condition. Waiting times in primary care also increased. Before the pandemic, 62% of people in Catalonia requesting a medical appointment had to wait between five and 10 days.<sup>10</sup> In Castilla-La Mancha, the wait was one to three days in 2019.<sup>11</sup> The Community of Madrid has not provided official figures to Amnesty International. However, the organisation has received testimonies confirming that waiting lists have increased in all three Autonomous Communities beyond the official figures to as much as, in some cases, two weeks.

In the context of a gradual easing of social lockdown measures, the World Health Organization (WHO) called on states to base their decisions on a risk assessment and on the capacity of hospitals and health centres to provide care.<sup>12</sup> However, the Ministry of Health's “Plan for a transition to the new normal”, the main document guiding the gradual easing of lockdown measures, does not include indicators that would enable primary care capacity in the Autonomous Communities to be assessed prior to lifting the lockdown measures.

While no health system could have been prepared for a pandemic of such magnitude, the country entered the crisis with a system that had been severely weakened by austerity measures in recent years. While Gross Domestic Product (GDP) rose by 8.6% between 2009 and 2018, public health spending fell in real terms - taking inflation into account - by 11.21%.<sup>13</sup> Primary care was particularly hard hit, falling by an average of 13% over the period. Despite WHO's recommendation to allocate 25% of health spending to primary care, this percentage had fallen from 14.3% in 2009 to 13.9% by 2018 in Spain. Primary care was already understaffed in Spain before the pandemic, with ratios of medical and nursing staff of 0.77 and 0.66 per 1,000 inhabitants respectively. These ratios have scarcely changed over the last 10 years and, in the case of primary care staff, lag

---

6 See: <https://www.comunidad.madrid/notas-prensa/2020/10/24/comunidad-refuerza-prevencion-covid-19-areas-sanitarias-mayor-incidencia-positivos>

7 See: <https://www.comunidad.madrid/notas-prensa/2020/09/22/comunidad-madrid-equipara-retribuciones-medicos-especialistas-atencion-primaria-summa-112-hospitales>

8 Information provided to Amnesty International by the Servei Català de la Salut (Catalan Health Service).

9 Information provided to Amnesty International by the Health Department of Castilla-La Mancha.

10 Information provided to Amnesty International by the Servei Català de la Salut (Catalan Health Service).

11 Information provided by the Health Department of Castilla-La Mancha.

12 World Health Organization (WHO). Provisional guidelines. April 2020. Available at: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331970/WHO-2019-nCoV-Adjusting\\_PH\\_measures-2020.1-spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331970/WHO-2019-nCoV-Adjusting_PH_measures-2020.1-spa.pdf)

13 Amnesty International: “La Década Perdida: mapa de austeridad del gasto sanitario en España del 2008 al 2019”. Available at: [https://doc.es.amnesty.org/ms-opac/doc?q=\\*&start=6&rows=1&sort=visits%20desc](https://doc.es.amnesty.org/ms-opac/doc?q=*&start=6&rows=1&sort=visits%20desc)

far behind those of other countries such as Portugal, with the best ratio in Europe (2.6), Ireland (1.82), the Netherlands (1.61), Austria (1.56) and France (1.42).<sup>14</sup>

It has been older people, people with chronic illnesses or mental health conditions, migrants and also women who have suffered disproportionately from barriers to accessing primary care. Older people, people with chronic illnesses or those with mental health conditions have greater needs and are therefore more dependent on the health service. Lacking sufficient resources, and its focus largely on handling the pandemic, the system failed to adequately incorporate the right to health and the special health needs of these groups into the design of the pandemic response, causing indirect discrimination against people with non-COVID-19 pathologies.

The population in these categories represents a significant percentage of the country's population as a whole. In the case of Castilla-La Mancha, people over 65 account for 19% of total population, in the Community of Madrid 17.9% and in Catalonia 19.2%.<sup>15</sup> With regard to three of the chronic diseases with the highest incidence in Spain, high blood pressure, osteoarthritis and diabetes, the percentage of the population over 15 years of age suffering from these varies in the three Autonomous Communities from between 19% and 22% for high blood pressure, 15% and 20% for osteoarthritis and 7% and 7.5% for diabetes.<sup>16</sup> In addition, according to health professionals, there has been an increase in mental health problems during the pandemic.<sup>17</sup>

Immigrants also encountered increased barriers to accessing the health service. State legislation, Royal Decree-Law 7/2018, does not guarantee full universal access to healthcare. At the regional level, the three Autonomous Communities in question have adopted measures ranging from the 2016 legislation on universal healthcare in Castilla-La Mancha to a system guaranteeing the health card during the pandemic in Catalonia to service access being restricted to COVID-19 issues in the Community of Madrid. However, in all three Autonomous Communities there have been barriers to accessing the health system due to significant loopholes in state legislation and its legal vagueness; in addition, its application has been deficient and uneven across the country. Nor were there any information campaigns for the immigrant population on measures taken regionally and some of these people faced language barriers when receiving healthcare over the phone.

Finally, women, who represent 75% of carers, were particularly affected by the impact of weakened primary care as they have shouldered a greater burden of caring for the sick in the absence of accessible health resources. In addition, with an increase in gender-based violence in Spain as a whole - calls to 016 rose by more than 1,000% between January and April and online consultations on gender-based violence by 67.3%<sup>18</sup> - primary care may not have had the capacity to identify all women victims of gender-based violence.

Health workers have furthermore played an extraordinary role in the pandemic response. They have risked their health and well-being, often under difficult circumstances and with very little support, to ensure people are able to access their right to health. At the time of writing this report, Ministry of Health figures indicate that more than 123,603 health workers have been

---

14 Ibid.

15 National Institute of Statistics. Indicadores de estructura de población [Population structure indicators], 2020. Available at: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1451>

16 National Health Survey 2017. Published in 2018 and available at: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>

17 See: <https://www.cibersam.es/noticias/el-cibersam-pone-el-foco-en-los-problemas-de-salud-mental-durante-la-pandemia>

18 Ministry for Equality and against Gender Violence. Boletín estadístico mensual [Monthly statistical bulletin]. October 2020. Available at: [https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/boletines/boletinMensual/2020/docs/BE\\_Octubre\\_2020.pdf](https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/boletines/boletinMensual/2020/docs/BE_Octubre_2020.pdf)

infected by the virus<sup>19</sup> and 63 have died as a result of the disease. However, the *Organización Médica Colegial* (Spanish Medical Association) reported the deaths of 80 doctors in December<sup>20</sup> and the Nurses Union (SATSE) reported the deaths of nine nurses to Amnesty International in January 2021.<sup>21</sup> Women, who make up the majority of the National Healthcare System's workforce, account for 78% of those infected.<sup>22</sup> The lack of personal protective equipment (PPE) meant that Spain was the country with the highest number of infected health and social care workers in Europe in April.<sup>23</sup>

The care overload, which in some primary care centres reached up to 100 patients requiring consultations every day, together with a perception of not being able to attend to all the population's health needs and not having the ideal conditions in which to make diagnoses, led to increased mental health problems and a high degree of professional burnout. Women in healthcare have also been particularly affected because care work in the domestic space has been added to the care overload, leading to additional levels of stress and suffering.

Amnesty International believes that the right to health has been violated during the pandemic. The causes lie not only in the temporary situation arising from the current health emergency but in structural issues related to a system that is underfunded in both material and human terms, with investment far below that of other European countries. The situation described in this report in relation to the Autonomous Communities of Madrid, Catalonia and Castilla-La Mancha may, in fact, be occurring to a greater or lesser extent in other regions of Spain as well.

---

19 Ministry of Health.  
[https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion\\_306\\_COVID-19.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_306_COVID-19.pdf)

20 See: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina/la-omc-homenajea-a-los-80-medicos-fallecidos-debido-al-coronavirus-covid-19-8800>

21 Information provided to Amnesty International by the Nurses Union (SATSE).

22 See:  
[https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20COVID-19.%20N%C2%BA%2056\\_09%20de%20diciembre%20de%202020.pdf](https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20COVID-19.%20N%C2%BA%2056_09%20de%20diciembre%20de%202020.pdf)

23 European Centre for Disease Prevention and Control: "Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the EU/EEA and the UK –ninth update." 23 April 2020. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-ninth-update-23-april-2020.pdf>

In light of these considerations, Amnesty International makes the following recommendations (the full list can be found at the end of the report):

## **STRENGTHEN THE PRIMARY HEALTH CARE SYSTEM:**

- 📌 The Autonomous Communities must gradually increase the investment allocated to primary care within their budgets over the coming years to 25% of total public health spending, as recommended by WHO, with investment in human resources as well as infrastructure and equipment. Budget design must include a detailed assessment of the expenditure needed in primary care to ensure all people can enjoy the right to health.
- 📌 The Autonomous Communities must urgently improve primary care staffing levels to meet the average professional ratios in the European Union in order to cope with the increased workload during and after the COVID-19 pandemic.
- 📌 The Ministry of Health must set indicators that are able to evaluate the capacity of primary care in the Autonomous Communities and recommend its strengthening.

## **IMPROVE THE PROTECTION OF HEALTH WORKERS:**

- 📌 The Ministry of Health and the Autonomous Communities must at all times know whether or not all healthcare workers have access to personal protective equipment (PPE), what types of PPE are missing and where they are missing in order to enable a full needs assessment. This assessment should include a gender perspective, for example in relation to the size of PPE, to ensure effective protection for women health workers.

## **GUARANTEE ACCESS TO PRIMARY CARE FOR THE MOST VULNERABLE:**

- 📌 The Autonomous Communities must remove barriers to accessing primary care for the most vulnerable groups and take concrete action to ensure that the health needs of the elderly and people with chronic illnesses or mental health conditions are incorporated into health management strategies, and that their right to health is guaranteed without any kind of discrimination, as recommended by WHO and various UN human rights protection mechanisms.
- 📌 The Ministry of Health and the Autonomous Communities must adopt legislative reforms to ensure access to healthcare for people in an irregular administrative situation and people legally resettled in Spain with family members resident in the country, without any kind of discrimination.

## **ENSURE DETAILED INFORMATION AND TRANSPARENCY:**

- 📌 The Ministry of Health and the Autonomous Communities must constantly publish updated data on investments made in primary care during the pandemic, improvement plans and new recruitments, as well



as data on COVID-19 infections and deaths among health workers broken down by, among other things, sex, place of work, Autonomous Community and type of professional.

## **ENSURE THE EFFECTIVE PARTICIPATION OF HEALTH WORKERS:**

- 📌 The Ministry of Health and the Autonomous Communities must ensure mechanisms for the informed and effective participation of health workers in the design and implementation of all policies that affect them, taking into account gender differences.

## **ADOPT EFFECTIVE ACCOUNTABILITY MECHANISMS:**

- 📌 The Ministry of Health and the Autonomous Communities must conduct a comprehensive, effective, transparent and independent assessment of the central and regional health authorities' preparedness for the pandemic and their responses to it. The authorities must analyse the impact of health management, especially in the primary care setting, and how it has affected people's right to health. This evaluation process should provide mechanisms that guarantee the effective participation of health workers.

# CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

The primary care system in Spain has suffered two pandemics. The first is that of COVID-19. The second is the way in which the COVID-19 pandemic was handled by the central and regional authorities, which suffered from a lack of planning, investment and transparency in their management of the crisis.

While no health system could have been prepared for a pandemic of such magnitude, the country entered the crisis with a health system - particularly primary care - severely weakened by the austerity policies of recent years. Furthermore, the measures taken during the pandemic in relation to the primary care system and the lack of its human and material resource strengthening contributed to a situation that ended up somewhere between abandonment and dismantling.

This risk of dismantling is a longstanding one although this has now worsened. While Gross Domestic Product (GDP) rose by 8.6% between 2009 and 2018, public health spending in real terms - taking inflation into account - fell by 11.21%. Primary care was particularly hard hit, falling by an average of 13% in over the same period. Despite WHO's recommendation to allocate 25% of health spending to primary care, this percentage had fallen from 14.3% in 2009 to 13.9% by 2018. Spain also lags behind most of its neighbours in terms of ratios of medical and nursing staff in primary care.

Amnesty International believes that Spain has violated the people's right to enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health.

In the three Autonomous Communities in question, measures to strengthen primary care were insufficient to guarantee access to healthcare for a population with growing health needs, leaving primary care in a situation of near collapse. In short, people with possible illnesses saw their access to those centres that were open reduced, waiting lists increase, consultation times shorten and home visits reduce, breaking the bond of trust and proximity between health staff and patients, despite the efforts made by health workers.

At the start of the pandemic, health centres and local clinics were closed in the three Autonomous Communities in question - Madrid, Catalonia and Castilla-La Mancha. In addition, the face-to-face model of care was transformed into a telephone care model to prevent transmission at health centres. This transition took place abruptly, however, and without the necessary technology in place, in a context of great pressure on the care system and without sufficient strengthening measures either in material or human terms. A triage system was also set up in health centres, and people without COVID-19 symptoms who decided to go to medical centres due to barriers in obtaining access via the phone received no medical care but merely a recommendation to return home and wait for a call from a health worker, thus further delaying their care. These measures were taken without providing adequate information to the population.

The way in which the pandemic was managed in primary care - focused largely on COVID-19 and without adequate reinforcement of the health system - led to indirect discrimination in accessing the right to health of people with non-COVID-19 pathologies and special health needs. The groups that have thus suffered most from the impact of these barriers to access to and quality of healthcare, putting their right to health at serious risk, are the elderly, patients with chronic diseases and patients with mental health issues, the groups most dependent on the health system. In addition, migrants have seen their existing difficulties in accessing the system exacerbated. As for women, who account for a high proportion of carers, they have been particularly affected by the breakdown in primary care as they have had to take on the care of sick people in the face of an overburdened primary care system. There was an increase in gender-based violence during the pandemic, in a context in which the primary care system may not have had the means to identify all women victims of gender-based violence. The health

authorities of both central government and the three Autonomous Communities in question were in breach of WHO recommendations and international human rights protection mechanisms that call on states to strengthen primary care in order to guarantee access to the right to health for all people, especially vulnerable groups.

In addition, neglect extended to a lack of protection for health workers, who had limited access to PPE during the first phase of the pandemic, resulting in Spain being the country with the highest infection rates among health workers in Europe in April. At the time of writing, more than 123,000 health workers have been infected, 78% of whom are women and, according to health sector organisations, 80 medical professionals and nine nurses have died. In addition, the care overload that health workers have endured, together with the perception of not having sufficient resources to attend to the health needs and make appropriate diagnoses, has led to increased levels of frustration and abandonment of the profession, which is a danger in an already understaffed system. Women in healthcare in general, and especially those with dependents, have been particularly burdened.

This situation has occurred against a backdrop of a lack of transparency on the part of the authorities with regard to some aspects of the pandemic's impact on the right to access health. Amnesty International requested a meeting with the Ministry of Health and with the Health Departments of the Community of Madrid and Castilla-La Mancha in this regard but, at the time of going to press, these had not been possible to arrange. Finally, it is also worth noting the lack of information on what percentage of the COVID-19 Fund the Ministry of Health is going to devote to primary care, the failure to publish the plans for improving investment in primary care adopted in Catalonia and the Community of Madrid, and the paucity of up-to-date and detailed statistics on infections and deaths among health workers.

In summary, the disinvestment in the health system over the last 10 years and, in particular, in primary care, a lack of adequate investment in material and human resources during the pandemic, the resulting barriers in accessing healthcare and lack of protection for health workers plus the impact of the system's conditions on their mental health have all led Amnesty International to conclude that Spain has violated the right of all people to enjoy the highest attainable standard of physical and mental health.

The context of the current vaccination campaign makes it all the more necessary and urgent to increase investment in primary care so that this campaign can be implemented effectively and reach as many people as possible in the shortest possible time. There is also an urgent need to reverse the lack of health worker involvement in the design of health measures and to ensure that the vaccination campaign is carried out in consultation with the sector. An effective vaccination campaign will alleviate the overburdening of primary care in the future.

# RECOMMENDATIONS

Amnesty International believes there is still time to reverse the weakness in the primary care system if action is taken to strengthen the level of care in Spain in the short and long term. The Autonomous Communities must urgently increase investment in human resources and in infrastructure and equipment to guarantee access to primary care for the most vulnerable: the elderly, people with chronic illnesses or mental health conditions, immigrants and, especially, women, by means of specific plans. They must also gradually increase the investment allocated to primary care in their budgets for the coming years to 25% of total public health expenditure, as recommended by WHO. For its part, in consultation with the Autonomous Communities, the Ministry of Health must define indicators that allow the capacity of primary care to be assessed at all times, especially prior to the adoption of public health measures. It must also show greater leadership in calling on the Autonomous Communities to comply with the recommendations of international organisations that are urging states to increase their investment in primary care.

Amnesty International recommends that the Ministry of Health and the regional governments, in particular the Communities of Madrid, Castilla-La Mancha and Catalonia, take the following action:

## 1. Strengthen the primary healthcare system

### IN THE SHORT TERM:

#### To the regional governments:

- > In general and as a matter of urgency, strengthen staffing levels in primary care. Achieve EU average professional ratios to cope with the increased burden of care on health workers during and after the COVID-19 pandemic. This strengthening is also needed in the supervision and monitoring of care homes so that elderly people's right to health is guaranteed, as well as for the vaccination campaign.
- > Increase investment in infrastructure and material resources in primary care centres.

#### To the Ministry of Health and regional governments:

- > Design indicators to assess the capacity of primary care at all times, and especially before adopting public health measures, as is the case for hospital care capacity.
- > Establish a substitution plan to cover health worker absences in order to avoid overloading healthcare staff and to guarantee the population's access to healthcare.
- > Adopt measures to reduce the bureaucracy of consultations. In particular, reinforce primary care teams with administrative staff that have health training.

#### To the Ministry of Health:

- > Recommend increased investment in primary care to the Autonomous Communities.

### IN THE MEDIUM/LONG TERM:

#### To the regional governments:

- > Gradually increase the funding allocated to primary care in annual budgets, which WHO recommends should be 25% of total health spending, through investment in human resources as well as infrastructure and equipment. Budget

design must include a detailed analysis of the necessary spending on primary care to ensure that all people can enjoy the right to health and that quality of healthcare is not compromised.

- › Assess how many professionals and what type of professionals, health and non-health, make up the current health centre staff in order to design an adaptation plan to respond to the care needs of the population based on indicators such as ageing and social and economic vulnerability, among others.
- › Ensure that non-urgent demands for care are dealt with within 48 hours, as set out in the Strategic Primary and Community Care Framework.
- › Increase staff and resources for community medicine to meet the health and social needs of the population.
- › Promote a strategic primary care plan in each Autonomous Community, with short- and medium-term objectives for service provision and health outcomes, including measurable and assessable quality criteria for each service.

#### To the Ministry of Health and regional governments:

- › Adopt and implement a recovery plan for burnout syndrome or post-traumatic stress disorder for health workers that includes a gender perspective.
- › Implement a Human Resources Plan with a priority to ensure job stability, with a gender perspective, and adopt legislative measures that establish permanent mechanisms for filling vacancies, avoiding the need to resort to temporary hiring to fill structural vacancies. Human resources policy is an essential part of healthcare management, and one that also has an impact on the quality of healthcare.
- › Adopt legislative measures to ensure a maximum quota of patients per professional and to guarantee adequate healthcare. Assess whether the target given in the Strategic Primary Care Framework, which sets this at a maximum of 1,500 assigned adults and 1,000 assigned children is adequate, ensuring mechanisms for the effective participation of professionals in the design of quotas.

## **2. Improve the protection of health workers**

#### To the Ministry of Health and regional governments:

- › Provide health workers with appropriate and sufficient personal protective equipment (PPE) to protect themselves during the COVID-19 pandemic, in particular FFP2 masks, as well as information on the strategic storage of PPE.
- › Examine on an ongoing basis whether or not all health workers have access to PPE, what types of PPE are missing and where it is missing, in order to have a complete understanding of needs. This analysis should include a gender perspective, for example in relation to the size of PPE, to ensure effective protection for women health workers.
- › Explore all available options to increase the stock and distribution of quality PPE for health workers and encourage their domestic manufacture by providing incentives and support measures to companies.

## **3. Guarantee access to primary care for the most vulnerable**

#### To the regional governments:

- › Remove barriers to accessing primary care for the most vulnerable groups and take concrete steps to ensure that the health needs of older people, and people with chronic diseases or mental health conditions, are integrated into health

management strategies, and that their right to health is guaranteed without any kind of discrimination, as recommended by WHO and various UN human rights protection mechanisms.

- › Adopt legislative reforms to ensure access to healthcare without any kind of discrimination related to people's administrative status in the country.

To the Ministry of Health:

- › Adopt legislative measures to guarantee access to universal healthcare for all, without any kind of discrimination, including those in an irregular administrative situation and those legally resettled with family members resident in the country.

## **4. Ensure detailed and transparent information**

To the Ministry of Health and regional governments:

- › Publish constantly updated data on the investments made in primary care during the pandemic, improvement plans and new recruitments, as well as data on COVID-19 infections and deaths among health workers, broken down among other things by sex, place of work, Autonomous Community and profession.

## **5. Ensure mechanisms for the effective participation of health workers in the design of health management**

To the Ministry and regional governments:

- › Ensure mechanisms for the informed and effective participation of health workers in the design and implementation of all policies that affect them, taking into account gender differences.

## **6. Adopt effective accountability mechanisms**

To the Ministry of Health and regional governments:

- › Conduct a comprehensive, effective, transparent and independent assessment of central and regional health authorities' pandemic preparedness and responses. The authorities must analyse the impact of health management, especially in the primary care setting, and how it affected people's right to health. The evaluation process should provide mechanisms that guarantee the effective participation of health workers.
- › In the event that the outcome of the assessment reveals there is reason to believe, in the context of the pandemic, that public agencies failed to adequately protect human rights, including the rights of health workers, then effective and accessible resources must be provided – with thorough, credible, transparent, independent and impartial

investigations into these allegations – to guarantee accountability and ensure that any failure to protect human rights is not repeated in future waves of the COVID-19 pandemic or in the mass outbreak of any other disease.

To the Congress of Deputies:

- > Demand compliance with the measures contained in the opinion of the Commission for Social and Economic *Reconstruction* on strengthening primary care and mechanisms of accountability in relation to the impact of health management during the pandemic.

To the regional parliaments:

- > Demand compliance with the measures contained in the opinion of the Congress of Deputies' Commission for Social and Economic *Reconstruction* on strengthening primary care and mechanisms of accountability in relation to the impact of health management during the pandemic.

## **7. Ensure gender equality in health management**

To the Ministry of Health and regional governments:

- > Take action to ensure gender equality in employment and a work-life balance for women health workers. Measures should also be taken to ensure gender equality in all areas of participation and decision-making, in order to correct the current situation in the health system where the vast majority of workers are women but they are not adequately represented in decision-making bodies.

# LA OTRA PANDEMIA

ENTRE EL ABANDONO Y EL DESMANTELAMIENTO:  
EL DERECHO A LA SALUD Y LA ATENCIÓN PRIMARIA  
EN ESPAÑA

ANTES DE ACUDIR  
AL CENTRO DE SALUD  
PIDA **CITA TELEFÓNICA**

SU MÉDICO O SU  
ENFERMERA LE  
LLAMARÁN Y LE  
ORIENTARÁN EN SU  
PROBLEMA

ASI, CUANDO VAYA,  
NO ESTARÁ EN  
RIESGO NI PONDRÁ  
EN RIESGO A OTROS

23 SEPT Centro Salud BUENOS AIRES

CONSULTAS (teléfono y presencial)		
MEDICINA	401	CONSULTA COVID 35
ENFERMERÍA	257	PCR 27
PEDIATRÍA	94	MATRONA 8
DOMICILIOS	16	FISIOTERAPEUTA 13
U. ADMINISTRATIVA	483	ODONTOLOGÍA
PROFESIONALES QUE FALTAN:	9	TRIAGE 436

VENGA A SU H  
EVITAR AGLOM

ESTAMOS HACIENDO  
TODO LO POSIBLE  
POR ATENDEROS  
Perdonen las molestias

LAVE LAS MANOS  
FRECUENTEMENTE  
arlo con agua y jabón o con  
solución hidroalcohólica.

EVITE TOCARSE LA  
OJOS  
TÓSESE AL

AMNISTÍA  
INTERNACIONAL





© AMNISTÍA INTERNACIONAL, FEBRERO DE 2021

**SALVO CUANDO SE INDIQUE LO CONTRARIO, EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO ESTÁ PROTEGIDO POR UNA LICENCIA CREATIVE COMMONS (ATRIBUCIÓN, NO COMERCIAL, SIN OBRA DERIVADA, INTERNACIONAL 4.0).**

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

Para más información, visita 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 2021  
por Amnistía Internacional España.  
Calle Fernando VI, 8, 28004 Madrid

**[es.amnesty.org](https://es.amnesty.org)**

Foto de portada:

Vista del Centro de Salud Buenos Aires, en Portazgo. © EFE/  
Rubén Sánchez Lesmas.

# LA OTRA PANDEMIA

## ENTRE EL ABANDONO Y EL

## DESMANTELAMIENTO: EL DERECHO

## A LA SALUD Y LA ATENCIÓN PRIMARIA

## EN ESPAÑA

# CONTENIDO

<b>RESUMEN EJECUTIVO</b> .....	4
<b>METODOLOGÍA</b> .....	10
<b>1. ¿POR QUÉ LA ATENCIÓN PRIMARIA?</b> .....	12
1.1 LA ATENCIÓN PRIMARIA: ESENCIAL PARA EL EJERCICIO DEL DERECHO A LA SALUD.....	12
1.2. LA IMPORTANTE ADVERTENCIA DE LA OMS, DESATENDIDA.....	14
<b>2. LA ATENCIÓN PRIMARIA ANTES DE LA PANDEMIA</b> .....	15
2.1. 2009-2018, LA DÉCADA PERDIDA EN INVERSIÓN SANITARIA.....	15
2.2. LA SITUACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y SU IMPACTO EN EL DERECHO A LA SALUD.....	16
2.2.1. Escasez de profesionales sanitarios.....	16
2.2.2. El alto grado de temporalidad en el sector sanitario.....	17
2.2.3. Sobrecarga asistencial.....	18
2.3. INCUMPLIMIENTO DE RECOMENDACIONES INTERNACIONALES Y VULNERACIONES DEL DERECHO A LA SALUD.....	19
<b>3. CRÓNICA DE LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DURANTE LA PANDEMIA</b> .....	21
3.1. RECOMENDACIONES INTERNACIONALES SOBRE LA GESTIÓN DE LA PANDEMIA Y EL DERECHO A LA SALUD.....	21
3.2. MEDIDAS ADOPTADAS DURANTE LA PANDEMIA EN MATERIA DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	22
3.2.1. Medidas adoptadas durante el estado de alarma.....	22
3.2.2. Medidas de transición hacia el final del estado de alarma.....	24
3.2.3. Medidas adoptadas por el Gobierno después de finalizar el estado de alarma.....	24
3.2.4. Medidas adoptadas por las Comunidades Autónomas.....	25
3.3. FALTA DE TRANSPARENCIA Y NECESIDAD DE ESTABLECER MECANISMOS EFECTIVOS DE RENDICIÓN DE CUENTAS.....	28
<b>4. IMPACTO DE LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL DERECHO A LA SALUD DE LA POBLACIÓN</b> .....	29
4.1. PÉRDIDA DE ACCESO Y DETERIORO DE LA CALIDAD.....	29
4.1.1. De puerta de entrada a dique de contención: El cierre de centros.....	29
4.1.2. Cambio de modelo asistencial: Las llamadas perdidas.....	30
4.1.3. Reducción de la accesibilidad en los centros abiertos.....	33
4.1.4. Listas de espera que se alargan.....	34
4.1.5. Tiempos de consulta que se acortan.....	36
4.1.6. La atención domiciliaria reducida.....	38
4.2. DISCRIMINACIÓN EN EL ACCESO AL DERECHO A LA SALUD.....	41
4.2.1. Las personas mayores.....	42
4.2.2. Personas con enfermedades crónicas.....	45
4.2.3. Las personas inmigrantes.....	48
4.2.4. Personas con enfermedades de salud mental.....	53
4.2.5. Mujeres: La desigualdad que se agrava.....	54
4.3. NECESIDAD DE EVALUACIÓN DEL EXCESO DE FALLECIMIENTOS.....	59
<b>5. IMPACTO EN EL DERECHO A LA SALUD Y EN LA SITUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO</b> .....	61
5.1. FALTA DE PROTECCIÓN ADECUADA.....	61
5.1.1. Falta de EPI suficientes en la fase aguda de la pandemia.....	61



5.1.2. Falta de acceso a las pruebas de diagnóstico PCR.....	64
5.1.3. Situación actual de protección del personal sanitario.....	65
5.1.4. Ausencia de estadísticas detalladas.....	67
5.1.5. El derecho del personal sanitario a trabajar en condiciones sanas y seguras.....	68
5.2. LA SOBRECARGA ASISTENCIAL Y EL IMPACTO SOBRE EL DERECHO A LA SALUD.....	69
5.2.1. La sobrecarga asistencial en el sistema de atención primaria.....	69
5.2.2. Ansiedad, estrés y sufrimiento creciente.....	74
5.2.3. Agresiones físicas y verbales al personal sanitario.....	76
5.3. FALTA DE INFORMACIÓN ADECUADA Y PARTICIPACIÓN EFECTIVA.....	77
5.4. EL PELIGRO DEL DESGASTE PROFESIONAL PARA EL SISTEMA DE SALUD.....	79
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>81</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>83</b>
1. REFORZAR EL SISTEMA DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	83
2. MEJORAR LA PROTECCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO.....	84
3. GARANTIZAR EL ACCESO A LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE MAYOR VULNERABILIDAD.....	85
4. GARANTIZAR UNA INFORMACIÓN DETALLADA Y TRANSPARENTE.....	85
5. GARANTIZAR MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN EFECTIVA DEL PERSONAL SANITARIO EN EL DISEÑO DE LA GESTIÓN SANITARIA.....	85
6. ADOPTAR MECANISMOS EFECTIVOS DE RENDICIÓN DE CUENTAS.....	86
7. GARANTIZAR LA IGUALDAD DE GÉNERO EN LA GESTIÓN SANITARIA.....	86

# RESUMEN EJECUTIVO

Este informe analiza el impacto que ha tenido la gestión de la atención primaria durante la pandemia de la COVID-19 en el derecho a la salud de la población —especialmente de las personas en situación de mayor vulnerabilidad— y de los y las profesionales sanitarios en la Comunidad de Madrid, Castilla-La Mancha y Cataluña. Estas comunidades autónomas han sido elegidas por una serie de razones estratégicas que se detallan en el apartado de metodología.

La pandemia de la COVID-19 ha sometido al Sistema Nacional de Salud (SNS) a una presión sin precedentes en la historia reciente del país. Un incremento de la presión que no se ha visto acompañado de medidas adecuadas orientadas a reforzar la atención primaria y garantizar el derecho a la salud de todas las personas, lo que ha abocado al sistema a una situación cercana al colapso.

El 14 de marzo, el Gobierno adoptó el Real Decreto 463/2020 por el que se declaró el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria. Esta norma estableció que todas las autoridades civiles sanitarias de las administraciones públicas quedaban bajo las órdenes directas del ministro de Sanidad, sin perjuicio de que las administraciones públicas autonómicas mantuvieran la gestión de los correspondientes servicios sanitarios.

Al inicio de la pandemia se cerraron centros de salud y consultorios locales. Así, en Cataluña, según información facilitada por el Servei Català de la Salut, desde marzo hasta septiembre el porcentaje de cierre de centros varió del 9 al 0,92%, y en el caso de los consultorios locales del 46 al 24%.<sup>1</sup> En la Comunidad de Madrid, hasta abril se cerró el 7,8% de los centros y el 53,3% de los consultorios, y en octubre el porcentaje de centros de salud cerrados era de un 0,69% y el de los consultorios locales de un 23,06%.<sup>2</sup> Castilla-La Mancha afirma no haber cerrado ningún centro ni consultorio en este periodo, aunque sí reconoce haber reorganizado servicios y limitado horarios que afectaron a la atención sanitaria.<sup>3</sup>

El modelo de asistencia sanitaria presencial se transformó en un modelo de atención telefónica con la finalidad de prevenir contagios en los centros de salud. Sin embargo, esta transición se produjo de manera brusca y sin los necesarios adelantos tecnológicos, en un contexto de gran presión asistencial y sin medidas de refuerzo suficientes, tanto en términos de recursos materiales como humanos, que garantizaran el acceso a la atención primaria de las personas. El Foro de Médicos de Atención Primaria alertó de que en España, entre marzo y septiembre, las llamadas se incrementaron en más de un 400% en algunos centros de salud y pidió la mejora de la red de telefonía y la atención de la misma, obsoleta e insuficiente.<sup>4</sup> En las comunidades autónomas objeto de estudio se adoptaron algunas medidas orientadas a facilitar el acceso al sistema de atención primaria. En Castilla-La Mancha se instauró en septiembre un sistema de call center con 90 profesionales contratados.<sup>5</sup> En Cataluña, se desarrollaron estrategias de atención telemática, principalmente a través de la aplicación “La Meva Salut”. Amnistía Internacional no ha recibido información de la Comunidad de Madrid a este respecto. Asimismo, las personas sin sintomatología COVID-19 que decidían trasladarse a los centros médicos porque el sistema telefónico estaba al borde del colapso, tampoco recibieron atención sanitaria en las tres comunidades estudiadas, solo la recomendación de volver a sus domicilios y esperar la llamada del personal sanitario, postergándose más su atención. Además, estas medidas de cierre de centros, cambio de modelo asistencial y puesto de triaje en los centros de salud se llevaron a cabo sin dar información adecuada a la población.

---

1 Información facilitada por el Servei Català de la Salut a Amnistía Internacional.

2 Información facilitada por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

3 Ver: <https://www.lavozdeltajo.com/noticia/51101/actualidad--talavera--gerencia-de-atencion-primaria-nunca-autorizo-el-cierre-de-urgencias-del-ambulatorio-de-la-estacion.html>

4 Ver: <http://medicosypacientes.com/articulo/el-foro-de-medicos-de-atencion-primaria-alerta-de-la-situacion-de-los-centros-de-salud-en>

5 Ver: <https://citapreviasescam.es/comienza-a-operar-en-toda-la-region-el-call-center-habilitado-por-el-gobierno-de-castilla-la-mancha-para-agilizar-las-citas-telefonicas-en-atencion-primaria/>

Ante esta situación próxima al colapso asistencial, las comunidades autónomas adoptaron algunas medidas de refuerzo del sistema. La Comunidad de Madrid comunicó en octubre que había contratado a 10.400 profesionales sanitarios, 700 de los cuales en atención primaria,<sup>6</sup> y anunció un “Plan de mejora integral en atención primaria” con una duración de tres años y con una dotación de 83 millones de euros.<sup>7</sup> En Cataluña, se anunció un “Plan de fortalecimiento y transformación de la atención primaria” con una inversión inicial de 300 millones y las autoridades sanitarias afirman haber contratado a 4.310 profesionales<sup>8</sup>, entre ellos, 800 gestores COVID cuyo principal cometido era el rastreo de los contactos de personas con sospecha de haber contraído el virus. Por su parte, la consejería de sanidad de Castilla-La Mancha afirmó haber contratado entre el 1 de marzo y el 30 de septiembre de 2020 a 2.080 profesionales en atención primaria; entre ellos, 477 personal de medicina, 914 de enfermería, y 410 auxiliares de función administrativa.<sup>9</sup> Sin embargo, organizaciones y personal sanitario de las tres comunidades autónomas califican estas medidas de insuficientes.

Las medidas descritas han sido insuficientes porque no han reforzado de manera adecuada la atención primaria y ni han garantizado el acceso a la atención sanitaria de una población con crecientes necesidades de salud, relativas no únicamente a la COVID-19 sino también a otras patologías. Ante esta escasez de recursos, servicios como la atención domiciliaria se vieron reducidos, afectando a personas que no podían acceder a los centros por su condición física o de salud. Asimismo, los tiempos de las listas de espera en la atención primaria aumentaron. Antes de la pandemia, en Cataluña, el 62% de las personas que solicitaban una cita médica tenían que esperar entre cinco y diez días.<sup>10</sup> En Castilla-La Mancha, la espera era de uno a tres días en 2019.<sup>11</sup> La Comunidad de Madrid no ha facilitado cifras oficiales a Amnistía Internacional. Sin embargo, la organización ha recogido testimonios que confirman que las listas de espera se han incrementado en las tres comunidades autónomas más allá de las cifras oficiales, llegando a alcanzar, en algunos casos, dos semanas.

En el marco del progresivo alivio de las medidas de confinamiento social, la Organización Mundial de la Salud (OMS) solicitó a los Estados basar esta decisión en la evaluación del riesgo y en la capacidad asistencial tanto de los hospitales como de los centros de salud.<sup>12</sup> Sin embargo, el “Plan para la transición hacia una nueva normalidad” del Ministerio de Sanidad, principal documento que guio el alivio gradual de las medidas de confinamiento, no incluyó indicadores que permitieran evaluar la capacidad asistencial de la atención primaria en las comunidades autónomas antes de adoptar nuevas medidas de desconfinamiento.

Si bien ningún sistema sanitario podía estar preparado para una pandemia de tal magnitud, el país afrontó la crisis con un sistema de salud muy debilitado por las medidas de austeridad llevadas a cabo en los últimos años. Mientras el Producto Interior Bruto (PIB) subió un 8,6% entre 2009 y 2018, el gasto sanitario público en dinero constante –teniendo en cuenta la inflación– se redujo en un 11,21%.<sup>13</sup> La atención primaria se vio afectada de manera especial, reduciéndose de media un 13% en esos años. A pesar de que la OMS recomienda destinar el 25% del gasto sanitario a la atención primaria, en España este porcentaje pasó de un 14,3% en 2009 a un 13,9% en 2018. Asimismo, antes de la pandemia, la atención primaria ya

---

6 Ver: <https://www.comunidad.madrid/notas-prensa/2020/10/24/comunidad-refuerza-prevencion-covid-19-areas-sanitarias-mayor-incidencia-positivos>

7 Ver: <https://www.comunidad.madrid/notas-prensa/2020/09/22/comunidad-madrid-equipara-retribuciones-medicos-especialistas-atencion-primaria-summa-112-hospitales>

8 Información facilitada por el Servei Català de Salut a Amnistía Internacional.

9 Información facilitada por la consejería de sanidad de Castilla-La Mancha a Amnistía Internacional.

10 Información facilitada por el Servei Català de la Salut a Amnistía Internacional.

11 Información facilitada por la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha.

12 Organización Mundial de la Salud (OMS). Orientaciones provisionales. Abril de 2020. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331970/WHO-2019-nCoV-Adjusting\\_PH\\_measures-2020.1-spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331970/WHO-2019-nCoV-Adjusting_PH_measures-2020.1-spa.pdf)

13 Amnistía Internacional.: “La Década década Perdida: mapa de austeridad del gasto sanitario en España del 2008 al 2019”. Disponible en: [https://doc.es.amnesty.org/ms-opac/doc?q=\\*:\\*&start=6&rows=1&sort=visits%20desc](https://doc.es.amnesty.org/ms-opac/doc?q=*:*&start=6&rows=1&sort=visits%20desc)

estaba infradotada de personal, con una ratio de personal médico y de enfermería por 1.000 habitantes de 0,77 y 0,66, respectivamente. Ratios que no han sufrido apenas cambios en los últimos diez años y que, en el caso del personal facultativo de atención primaria, están muy alejadas de las de países como Portugal, con la mejor ratio de Europa (2,6), Irlanda (1,82), Países Bajos (1,61), Austria (1,56) y Francia (1,42).<sup>14</sup>

Quienes han sufrido de manera desproporcionada las barreras de acceso a la atención primaria han sido las personas mayores, las personas con enfermedades crónicas o con enfermedades de salud mental, las personas inmigrantes y también las mujeres.

Las personas mayores, las personas con enfermedades crónicas o con enfermedades de salud mental tienen más necesidades y, por lo tanto, dependen más del sistema sanitario. Un sistema que, al no contar con suficientes medios y estar centrado en la gestión de la pandemia, no ha integrado de manera adecuada el derecho a la salud y las necesidades especiales de salud de estos grupos en el diseño de la respuesta a la pandemia, provocando una discriminación indirecta en las personas con patologías no COVID-19.

La población que se encuentra en estas categorías representa un porcentaje importante en todo el país. En el caso de Castilla-La Mancha, la población con más de 65 años supone el 19% del total, en la Comunidad de Madrid el 17,9% y en Cataluña el 19,2%.<sup>15</sup> Respecto a tres de las enfermedades crónicas con mayor incidencia en el Estado español, tensión alta, artrosis y diabetes, el porcentaje de población mayor de 15 años que las padece oscila en las tres comunidades autónomas entre un 19 y un 22% para la tensión alta, entre un 15 y un 20% para la artrosis y entre un 7 y un 7,5% para la diabetes.<sup>16</sup> Asimismo, y según los y las profesionales sanitarios, se ha producido un aumento de los problemas de salud mental durante la pandemia.<sup>17</sup>

Por su parte, las personas inmigrantes han visto incrementadas las barreras de acceso al sistema sanitario. La legislación estatal, el Real Decreto-Ley 7/2018, no garantiza la plena universalidad en el acceso a la atención sanitaria. En el ámbito autonómico, las tres comunidades estudiadas han adoptado medidas que van desde la legislación de 2016 de universalidad en Castilla-La Mancha, hasta un sistema que garantiza la tarjeta sanitaria durante la pandemia en Cataluña o un acceso al sistema restringido a cuestiones relacionadas con la COVID-19 en la Comunidad de Madrid. Sin embargo, en las tres comunidades autónomas han existido barreras de acceso al sistema sanitario a causa de las importantes lagunas e imprecisiones jurídicas con las que cuenta la norma estatal, siendo su aplicación deficitaria y dispar en el país. Tampoco han existido campañas de información para la población inmigrante de las medidas autonómicas y algunas de estas personas han contado con barreras idiomáticas en la atención sanitaria vía telefónica.

Finalmente, las mujeres, que representan el 75% de las personas cuidadoras, han sufrido de manera especial el impacto de una atención primaria debilitada, pues han asumido una mayor carga de cuidados de las personas enfermas ante la falta de recursos sanitarios accesibles. Asimismo, con un aumento de la violencia de género en el conjunto de España –las llamadas al 016 se han incrementado entre enero y abril en más de un 1.000%, y las consultas on line sobre violencia de género en un 67,3%<sup>18</sup>– la atención primaria podría no haber tenido capacidad para identificar a una parte de las mujeres víctimas de violencia de género.

---

14 Ibíd.

15 Instituto Nacional de Estadística. Indicadores de estructura de población, 2020. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1451>

16 Encuesta Nacional de Salud 2017. Publicada en 2018 y disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>

17 Ver: <https://www.cibersam.es/noticias/el-cibersam-pone-el-foco-en-los-problemas-de-salud-mental-durante-la-pandemia>

18 Secretaría de Estado de Igualdad y contra la Violencia de Género. Boletín estadístico mensual. Octubre de 2020. Disponible en: [https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/boletines/boletinMensual/2020/docs/BE\\_Octubre\\_2020.pdf](https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/boletines/boletinMensual/2020/docs/BE_Octubre_2020.pdf)

Por otra parte, las y los profesionales sanitarios han desempeñado un papel extraordinario en la respuesta a la pandemia. Han arriesgado su salud y su bienestar, a menudo en circunstancias difíciles y con muy poco apoyo, para garantizar el acceso de la población a su derecho a la salud. A fecha de cierre de este informe, y según cifras del Ministerio de Sanidad, más de 123.603 profesionales de la salud se han contagiado del virus<sup>19</sup> y 63 han fallecido como consecuencia de la enfermedad. Sin embargo, la Organización Médica Colegial reportó en diciembre el fallecimiento de 80 facultativos<sup>20</sup> y el Sindicato de Enfermería (SATSE) comunicó a Amnistía Internacional, en enero de 2021, el dato de 9 enfermeras fallecidas.<sup>21</sup> Las mujeres, que constituyen la mayoría de la fuerza laboral del Sistema Nacional de Salud, representan el 78% del personal sanitario contagiado.<sup>22</sup> La falta de equipos de protección individual (EPI) situó a España en el mes de abril como el país con más personal sanitario o sociosanitario infectado de Europa.<sup>23</sup>

La sobrecarga asistencial, que ha llegado a alcanzar en algunos centros de atención primaria cifras de hasta cien pacientes al día por consulta, junto con una percepción de no poder atender todas las necesidades de salud de la población y no contar con las condiciones idóneas para realizar diagnósticos, ha generado un aumento de problemas de salud mental y un alto grado de desgaste profesional. Las mujeres sanitarias también se han visto especialmente afectadas porque a la sobrecarga asistencial se ha sumado el trabajo de cuidados en el espacio doméstico, lo que conlleva niveles adicionales de estrés y sufrimiento.

Amnistía Internacional considera que el derecho a la salud se ha vulnerado durante la pandemia. Las causas no se encuentran únicamente en una situación coyuntural derivada de la actual emergencia sanitaria, sino en cuestiones estructurales que tienen que ver con un sistema infradotado en términos materiales y humanos, con una inversión alejada de la que tienen otros países europeos. De hecho, la situación descrita en este informe relativa a la Comunidad de Madrid, Cataluña y Castilla-La Mancha podría estar produciéndose en otros territorios en mayor o menor medida.

---

19 Ministerio de Sanidad. [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion\\_306\\_COVID-19.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_306_COVID-19.pdf)

20 Ver: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina/la-omc-homenajea-a-los-80-medicos-fallecidos-debido-al-coronavirus-covid-19-8800>

21 Información facilitada por el Sindicato de Enfermería (SATSE) a Amnistía Internacional.

22 Ver: [https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20COVID-19.%20N%C2%BA%2056\\_09%20de%20diciembre%20de%202020.pdf](https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20COVID-19.%20N%C2%BA%2056_09%20de%20diciembre%20de%202020.pdf)

23 Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades: “Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the EU/EEA and the UK –ninth update 23”. Abril de 2020. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-ninth-update-23-april-2020.pdf>

A la luz de estas consideraciones, Amnistía Internacional formula las siguientes recomendaciones (la lista completa figura al final del informe):

## REFORZAR EL SISTEMA DE ATENCIÓN PRIMARIA:



Las Comunidades Autónomas deben incrementar de manera progresiva, en los presupuestos de los próximos años, la inversión asignada a la atención primaria al 25% del total del gasto sanitario público, tal y como recomienda la OMS, siendo la inversión tanto en recursos humanos como en infraestructuras y equipamiento. El diseño de los presupuestos debe incluir una evaluación detallada del gasto necesario en atención primaria para garantizar que todas las personas pueden disfrutar del derecho a la salud.



Las Comunidades Autónomas deben reforzar de manera urgente las plantillas de la atención primaria hasta alcanzar la media de ratios de profesionales en la Unión Europea para hacer frente al aumento del volumen de trabajo, durante la pandemia de COVID-19 y con posterioridad a la misma.



El Ministerio de Sanidad debe definir indicadores que aseguren la evaluación de la capacidad asistencial de la atención primaria en las Comunidades Autónomas y recomendar el fortalecimiento de la misma.

## MEJORAR LA PROTECCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO:



El Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas deben conocer en todo momento si la totalidad del personal sanitario tiene acceso a equipos de protección individual (EPI), qué tipos de EPI faltan y dónde faltan, para permitir un análisis completo de las necesidades. El análisis incluirá una perspectiva de género, por ejemplo en relación al tallaje de los EPI, para asegurar una protección eficaz a las mujeres sanitarias.

## GARANTIZAR EL ACCESO A LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE MAYOR VULNERABILIDAD:



Las Comunidades Autónomas deben eliminar las barreras de acceso a la atención primaria de los grupos en situación de mayor vulnerabilidad y adoptar medidas concretas para asegurar que las necesidades de salud de las personas mayores y las personas con enfermedades crónicas o con enfermedades de salud mental están integradas en las estrategias de gestión sanitaria, y que se garantiza su derecho a la salud sin ningún tipo de discriminación, tal y como han recomendado la OMS y diversos mecanismos de protección de derechos humanos de las Naciones Unidas.





El Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas deben adoptar reformas legislativas que aseguren el acceso a la atención sanitaria para las personas en situación administrativa irregular y las personas reagrupadas legalmente en España con familiares residentes en el país, sin ningún tipo de discriminación.

## GARANTIZAR UNA INFORMACIÓN DETALLADA Y TRANSPARENCIA:



El Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas deben publicar de manera constante y actualizada datos relativos a la inversión realizada en atención primaria durante la pandemia, planes de refuerzo y nuevas contrataciones, así como datos de contagios y fallecimientos por COVID-19 entre el personal sanitario, desglosados por sexo, lugar de trabajo, comunidad autónoma y tipo de profesional, entre otras cuestiones.

## GARANTIZAR LA PARTICIPACIÓN EFECTIVA DEL PERSONAL SANITARIO:



El Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas deben asegurar mecanismos de participación informada y efectiva del personal sanitario en el diseño e implementación de todas las políticas que les afecten, atendiendo a las diferencias de género.

## ADOPTAR MECANISMOS EFECTIVOS DE RENDICIÓN DE CUENTAS:



El Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas deben realizar una evaluación exhaustiva, efectiva, transparente e independiente sobre la preparación de las autoridades sanitarias centrales y autonómicas respecto a la pandemia y sus respuestas a esta. Las autoridades deben analizar el impacto de la gestión sanitaria, en especial en el ámbito de la atención primaria y cómo ha afectado al derecho a la salud de las personas. El proceso de evaluación deberá asegurar mecanismos que garanticen la participación efectiva del personal sanitario.

# METODOLOGÍA

El presente informe analiza el impacto de la gestión de la atención primaria durante la pandemia en el derecho a la salud de la población, especialmente de las personas en situación de mayor vulnerabilidad, y de los y las profesionales sanitarios.

Amnistía Internacional realizó la investigación entre septiembre y diciembre de 2020, y se centró en Castilla-La Mancha, Cataluña y la Comunidad de Madrid. La elección de estas tres comunidades está basada en tres criterios: el alto grado de desinversión en atención sanitaria, la situación epidemiológica relativa a la pandemia en julio de 2020 y la diversidad de fuerzas políticas representadas en los tres gobiernos autonómicos.

Amnistía Internacional ha entrevistado a un total de 93 actores:



59 profesionales de la salud: de los cuales, 15 son profesionales sanitarios de Cataluña, cuatro de ellos portavoces de organizaciones del sector sanitario –el *Fòrum Català d'Atenció Primària (FoCAP)*, la *Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC)*, *Rebel·lió Primària* y el sindicato *Metges de Catalunya*–; 17 profesionales de la salud de Castilla-La Mancha, cinco de ellos representantes de organizaciones y colegios profesionales –*Sociedad Castellano-Manchega de Medicina Familiar y Comunitaria (SCAMFYC)*, *Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)*, *Colegio Oficial de Médicos de Toledo*, *Colegio Oficial de Enfermería de Albacete* y del *Colegio Oficial de Médicos de Ciudad Real*–, y 6 sanitarios en la Comunidad de Madrid, tres de ellos representantes de *Yo Sí Sanidad Universal* y de la *Asociación Madrileña de Enfermeras*. Asimismo, en octubre se realizaron 21 entrevistas a personal sanitario de Madrid centradas en listas de espera, sobrecarga asistencial, nivel de refuerzos de los centros de salud y situación de los profesionales de la salud. En abril se había hecho una encuesta a 96 profesionales sanitarios para conocer el nivel de percepción de acceso a EPI, cuyos resultados han sido utilizados como base para este informe. Todas las entrevistas fueron individuales, a excepción de una grupal a tres médicas de Cataluña.



30 personas que han solicitado atención sanitaria para ellas y/o sus familiares, personas a las que cuidaban o acompañaban en el proceso de acceder al sistema público de salud a través de la atención primaria. De ellas, doce pertenecían a organizaciones sociales.



4 personas expertas en gestión de atención primaria, gestión sanitaria, economía de la salud y género.

El equipo de investigación revisó las normas del derecho internacional y las recomendaciones de mecanismos internacionales y regionales sobre derecho a la salud y atención primaria, y realizó un análisis documental que incluye la revisión de artículos científicos relativos a la gestión de atención primaria y a la pandemia provocada por la COVID-19, además de bibliografía de fuentes secundarias. Asimismo, se han incluido las respuestas ofrecidas por la Comunidad de Madrid, Cataluña y Castilla-La Mancha a las preguntas planteadas por Amnistía Internacional en relación a los recursos humanos de los sistemas de salud, provisión de material de protección, capacidad de pruebas diagnósticas y cierre de centros.

La organización también se ha reunido con autoridades de Cataluña: el director estratégico de atención primaria del *Departament de Salut*, el director operativo de atención primaria y salud comunitaria del *CatSalut*, la jefa del gabinete del director del *Servei Català de la Salut*, la directora del área de comunicación, innovación y ciudadanía, la jefa del despliegue en el territorio del área de organizaciones y profesionales, la directora asistencial de atención primaria de Barcelona del *Institut Català de la Salut* y el director gerente del *Institut Català de la Salut*, quien además es el secretario de salud pública del *Departament de Salut*.

Amnistía Internacional ha tenido contactos con la directora general de humanización y atención sociosanitaria de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha y con el gabinete de la ministra de Sanidad. Amnistía Internacional ha incluido en el informe la información facilitada por el gabinete de la ministra de Sanidad. Asimismo, solicitó una reunión con la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid pero a fecha de cierre de este informe no había sido posible obtenerla.

Amnistía Internacional está profundamente agradecida a las personas que han compartido sus testimonios, personas con necesidades de salud y personal sanitario sin los cuales este informe no hubiera sido posible. También agradece su colaboración a las siguientes organizaciones, sindicatos y movimientos sociales: Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid (AMYTS), Associació de Diabetis de Catalunya (ADC), Asociación de Vecinos El Tajo (Toledo), Asociación de Diabetes de Albacete (ADA), Asociación Provincial de Enfermos Reumáticos de Guadalajara (APERG), Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC), Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), Federación de Asociaciones de Diabetes de Castilla-La Mancha (FEDICAM), Fórum Català d'Atenció Primària (FoCAP), Fundación 26 Diciembre, Fundación Sin Hogar, Jóvenes Pensionistas, Marea Pensionista, Médicos del Mundo, Metges de Catalunya, Rebel·lió Primària, ROSAE, Santako diu Prou, Sociedad Castellano-Manchega de Medicina Familiar y Comunitaria (SCAMFYC), Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SemFYC), Yayoflautas, Yo Sí Sanidad Universal.



# 1. ¿POR QUÉ LA ATENCIÓN PRIMARIA?

Existe un amplio consenso internacional sobre la importancia que tiene la atención primaria en la mejora de la salud de la población.<sup>24</sup> En el contexto de una pandemia que está amenazando al sistema sanitario a una escala sin precedentes recientes, es necesario subrayar la importancia de contar con un sistema de atención primaria robusto para el acceso y disfrute del derecho a la salud de la población.

“*Si tienes una buena atención primaria, tienes atención a las personas mayores, a personas con enfermedades crónicas y tienes promoción de la salud, contribuyes a que las comunidades no enfermen y el acceso universal a la atención primaria favorece la equidad entre las personas*”.

Laura, médica de Barcelona

## 1.1 LA ATENCIÓN PRIMARIA: ESENCIAL PARA EL EJERCICIO DEL DERECHO A LA SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la atención primaria puede satisfacer más del 70% de las necesidades de salud de las personas a lo largo de su vida.<sup>25</sup>

La atención primaria no representa simplemente otro nivel asistencial. La Declaración de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978, se refiere a ella como el núcleo principal del Sistema Nacional de Salud y el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud.<sup>26</sup> La Declaración también subraya que los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, siendo la atención primaria la clave para alcanzar esa obligación.<sup>27</sup>

Cuarenta años después, en la Declaración de Astaná, resultado de la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, los Estados miembros de las Naciones Unidas, incluida España, reafirmaron que la atención primaria es la piedra angular de un sistema de salud sostenible de cobertura sanitaria universal. Igualmente subrayaron que el fortalecimiento de la atención primaria es el enfoque más inclusivo, eficaz y efectivo para la mejora de la salud de las personas, así como su bienestar social.<sup>28</sup>

24 La Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978; y la Declaración de Astaná. Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, octubre de 2018.

25 Ver: <https://www.euro.who.int/en/countries/spain/news/news/2019/5/fast-track-to-strong-primary-health-care>

26 Declaración de Alma-Ata. Disponible en: [https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)

27 *Ibíd.*, párrafo V.

28 Declaración de Astaná. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf?ua=1>

A su vez, diversos estudios han destacado que los sistemas de salud basados en una atención primaria fuerte garantizan niveles de salud más altos a la población,<sup>29</sup> son más equitativos y eficientes en el uso de recursos, y disminuyen las desigualdades y la mortalidad.<sup>30</sup>

## **LOS RASGOS DISTINTIVOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA**

Diversas declaraciones e informes de la OMS junto con reconocidos estudios en atención primaria<sup>31</sup> han señalado como esenciales los siguientes elementos de la atención primaria:

- > **Longitudinalidad:** Atención sanitaria dispensada a lo largo de la vida por el mismo profesional o equipo de profesionales, creando un vínculo de confianza, conocimiento mutuo y continuidad de cuidados.
- > **Accesibilidad:** Capacidad de la población de poder encontrar asistencia adecuada a sus necesidades de salud en tiempo, forma y coste.
- > **Integralidad:** Atención centrada en la persona y no solo en la enfermedad –tratamiento, rehabilitación, atención paliativa–, combatiendo la fragmentación y realizando tareas de prevención y promoción de la salud.
- > **Polivalencia:** Capacidad de proporcionar servicios para una amplia categoría de problemas de salud, esencial para evitar derivaciones innecesarias a otros niveles asistenciales. Por esta razón, la atención primaria cuenta con equipos de trabajo interdisciplinarios.
- > **Coordinación** con otros recursos del sistema sanitario y sociosanitario que la población requiera.
- > **Orientación a la comunidad:** Adaptación de los servicios sanitarios a las circunstancias y necesidades del territorio, introduciendo para ello una perspectiva de determinantes sociales de la salud en la atención clínica y la gestión sanitaria.

---

29 James Macinko, Barbara Starfield, y Leiyu Shi.: “The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998”, *Health Services Research* 2003 Jun; 38(3): 831-865. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12822915/>

30 Sanjay Basu, Seth A. Brekowitz et al.: “Association of Primary Care Physician Supply with Population Mortality in the United States, 2005-2015”, *JAMA Internal Medicine* 2019; 179(4): 506-514. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30776056/>

31 Barbara Starfield: “Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services”. *SESPAS report 2012. Gaceta Sanitaria*. 2012; 26(1): 20-26, 2012. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911111003876>

Por su parte, el Relator Especial sobre el derecho al más alto nivel posible de salud física y mental subrayó en 2015 la necesidad de fortalecer la atención primaria, advirtiendo a los Estados de que sin una infraestructura sólida de la misma, todos los logros de la ciencia moderna y del ejercicio de la medicina podrían verse comprometidos.<sup>32</sup> También alertó de que la priorización de la atención especializada frente a la atención primaria puede generar barreras en el acceso al sistema para las personas con mayores necesidades de salud, provocando que los filtros del sistema no funcionen —por derivarse los casos leves a la atención especializada— y que se produzca un efecto negativo sobre el pleno disfrute del derecho a la salud.<sup>33</sup> Durante la pandemia, el Relator ha reiterado que fortaleciendo la atención primaria, los sistemas sanitarios pueden mejorar su equidad, eficiencia y capacidad de respuesta.<sup>34</sup>

A nivel estatal, el Marco Estratégico para la Atención Primaria, documento de consenso entre las Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad, también destacó en 2019 la importancia de la atención primaria e identificó diversos objetivos para la mejora de la misma.<sup>35</sup>

## **1.2. LA IMPORTANTE ADVERTENCIA DE LA OMS, DESATENDIDA**

La actual crisis sanitaria hace especialmente relevante una advertencia y recomendación que la OMS hizo a los Estados hace ya más de una década. En el informe anual de 2008, dedicado a la atención primaria, advirtió a los Estados de que la naturaleza de los problemas sanitarios estaba cambiando en un sentido poco previsible y a un ritmo totalmente inesperado. Señaló que las consecuencias de la mala gestión de los procesos de urbanización y globalización sumadas al envejecimiento acelerarían la propagación de las enfermedades transmisibles a nivel mundial e incrementarían la carga de trastornos crónicos.<sup>36</sup> Igualmente subrayó la necesidad de potenciar el enfoque preventivo de la atención primaria y la salud pública para evitar que los sistemas de salud se vieran desbordados por las enfermedades emergentes, como el síndrome respiratorio agudo grave (SRAS), las pandemias de enfermedades crónicas, el envejecimiento de la población y las repercusiones del cambio climático.<sup>37</sup>

A su vez, el Relator Especial sobre el derecho a la salud destacó en 2015 que los sistemas de salud deficientes no pudieron responder adecuadamente al contagio del virus del Ébola, y como una de las conclusiones extraídas de esa experiencia y de otras epidemias señaló la importancia de la medicina social. En su informe recomendó que la atención primaria se ocupara debidamente de los determinantes sociales de la salud y del contexto en que surgen las epidemias, y solicitó a los Estados fortalecer la atención primaria.<sup>38</sup>

El siguiente capítulo muestra cómo España ha desoído durante los últimos años las recomendaciones internacionales de fortalecer la atención primaria y proteger el derecho a la salud de las personas.

---

32 Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe anual. Abril de 2015. Doc. ONU A/HRC/29/33, párrafo 68. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/HRC/29/33>

33 Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe anual. Abril de 2015. Doc. ONU A/HRC/29/33, párrafos 70 y 71.

34 Informe anual. Julio de 2020. Doc. ONU A/75/163 Julio 2020. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/75/163>

35 Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, 2019. Ver también en este sentido Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: “Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España”, 2015. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta\\_Politicas\\_Reducir\\_Desigualdades.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf)

36 Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: “La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca”. Disponible en: [https://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1)

37 *Ibíd.*

38 Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe anual. Abril de 2015. Doc. ONU A/HRC/29/33, párrafo 56. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/HRC/29/33>

## 2. LA ATENCIÓN PRIMARIA ANTES DE LA PANDEMIA

En España, la última década ha estado marcada por las medidas de austeridad adoptadas en el marco de la crisis económica y financiera. La desinversión en el Sistema Nacional de Salud, lo que ha afectado en mayor medida a la atención primaria, la escasez de profesionales sanitarios y las condiciones en las que han realizado su trabajo han tenido un impacto en el derecho a la salud de las personas cuando más lo necesitaban. Durante los últimos años han sido varios los mecanismos internacionales de protección de derechos humanos que han exigido a España una mayor inversión y protección del derecho a la salud de las personas. Recomendaciones que han sido desoídas por las autoridades sanitarias del Estado.

“*La COVID-19 no ha supuesto la crisis de la atención primaria, la crisis estaba ya. Decadencia es una palabra dura pero igual representa lo que está pasando en la atención primaria*”.

Concha Piqueras. Colegio Oficial de Enfermería de Albacete

### 2.1. 2009-2018, LA DÉCADA PERDIDA EN INVERSIÓN SANITARIA

Las medidas de austeridad supusieron una fuerte desinversión en el sistema sanitario que no se ha recuperado tras la crisis. Amnistía Internacional denunció en un informe de julio de 2020 que mientras que el Producto Interior Bruto (PIB) se incrementó en un 8,6% entre 2009 y 2018, el gasto sanitario público –en dinero constante– se redujo en un 11,21% y la inversión sanitaria pública per cápita lo hizo en un 10,54%.<sup>39</sup> Solo una comunidad autónoma (Islas Baleares) recuperó en 2018 la inversión previa a la crisis, superándola solo en un 1,7%. Asimismo, el porcentaje que representa el gasto sanitario público de España del PIB, un 6,4% –según fechas publicadas en 2018– está muy alejado del porcentaje de inversión que dedican países como Alemania (9,7%), Francia (9,4%), Suecia (9,3%), Dinamarca (8,5%) y Países Bajos (8,2%).<sup>40</sup>

La OMS ha instado a los Estados desde hace años a basar los sistemas de salud en una sólida atención primaria, recomendando que el porcentaje de inversión en ese nivel asistencial sea de un 25% del presupuesto sanitario, evitando la inversión de forma desproporcionada en la atención especializada.<sup>41</sup> Sin embargo, en España, la atención primaria ha sido una de las áreas más perjudicadas de esta desinversión. El presupuesto que se le ha dedicado se ha reducido de media un 13,1% en la última década, y el porcentaje de gasto que representa respecto al gasto sanitario público total ha bajado del 14,3% en 2009 al 13,9% en 2018.

Castilla-La Mancha es la comunidad que más ha desinvertido en sanidad, un 18,25% menos que en 2009. Por su parte, Cataluña ha perdido un 12,37% de inversión y la Comunidad de Madrid un 7,79%. En gasto sanitario público por habitante, Castilla-La Mancha es la que más ha desinvertido también, con un 16,4% menos; la Comunidad de Madrid ha perdido un 11,05% y Cataluña un 13,17%. En atención primaria, Cataluña es la comunidad con más pérdida de inversión, un 24,28%

39 Amnistía Internacional.: “La década perdida: mapa de austeridad del gasto sanitario en España del 2009 al 2018”. Disponible en: [https://doc.es.amnesty.org/ms-opac/doc?q=\\*&start=6&rows=1&sort=visits%20desc](https://doc.es.amnesty.org/ms-opac/doc?q=*&start=6&rows=1&sort=visits%20desc)

40 Ministerio de Sanidad. Ver: [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla30\\_1.htm](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla30_1.htm)

41 Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. : “La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca”. Disponible en: [https://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1)

menos; Castilla-La Mancha ha desinvertido un 11,26% y la Comunidad de Madrid un 11,76%, siendo esta última la que menos invierte en atención primaria, un 11,48%, y la que más dedica a la atención especializada, un 68,6%. Cataluña y la Comunidad de Madrid son dos de las tres comunidades que más invierten en conciertos con agentes privados, un 24,89 y un 10,7%, respectivamente.<sup>42</sup>

Además de la desinversión en el sistema público de salud, el Gobierno adoptó medidas como el Real Decreto-Ley 16/2012, que constituyó una regresión en el derecho a la salud de las personas inmigrantes en situación administrativa irregular y que introdujo medidas que trasladaron determinados costes sanitarios a las personas.<sup>43</sup>

## **2.2. LA SITUACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y SU IMPACTO EN EL DERECHO A LA SALUD**

“*Los políticos siempre hablan de la importancia de la atención primaria, cuando miras los programas políticos siempre hay una frase destinada a la atención primaria, pero nunca se lleva a la práctica. Estamos muy acostumbrados a eso*”.

*Blanca Gispert, médica de Barcelona*

### **2.2.1. ESCASEZ DE PROFESIONALES SANITARIOS**

El Relator Especial sobre el derecho a la salud ha subrayado durante los últimos años la importancia de que los Estados cuenten con personal adecuado en los servicios de atención primaria. Sin embargo, él mismo ha concluido recientemente que los Estados no han seguido esa recomendación, provocando escasez de profesionales sanitarios dedicados a la atención primaria, lo que ha generado dificultades durante la pandemia actual.<sup>44</sup>

En España, antes de la pandemia, la atención primaria ya estaba infradotada de personal. La ratio de enfermería por cada 1.000 habitantes en 2018 era de 0,66 y la de personal médico en atención primaria de 0,77, cifras que apenas se han modificado desde 2009. En la comparativa con la Unión Europea, España está por debajo de la media respecto al personal médico de atención primaria, y muy alejada de países como Portugal, el país con mejor ratio (2,6), Irlanda (1,82), Países Bajos (1,61), Austria (1,56) y Francia (1,42).<sup>45</sup>

En relación a las tres comunidades objeto de estudio, la Comunidad de Madrid ha reducido un 0,01 la ratio de personal médico de atención primaria y un 0,02 el de enfermería; en Cataluña se ha aumentado en 0,04 y 0,06, y en Castilla-La Mancha ha subido un 0,01 y 0,03, respectivamente.

42 Amnistía Internacional: “La década perdida: mapa de austeridad del gasto sanitario en España del 2008 al 2019”. Disponible en: [https://doc.es.amnesty.org/ms-opac/doc?q=\\*&start=6&rows=1&sort=visits%20desc](https://doc.es.amnesty.org/ms-opac/doc?q=*&start=6&rows=1&sort=visits%20desc)

43 Amnistía Internacional: “La receta equivocada: El impacto de las medidas de austeridad en el derecho a la salud en España”. Abril de 2018. Disponible en: <https://www.amnesty.org/download/Documents/EUR4181362018SPANISH.PDF>

44 Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe anual. Julio de 2020. Doc. ONU A/75/163 Julio 2020. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/75/163>

45 Amnistía Internacional: “La década perdida: mapa de austeridad del gasto sanitario en España del 2008 al 2019”.



En relación a los recursos humanos del sistema sanitario, España también ha priorizado la inversión en la atención especializada. Del total de los 138.797 médicos y médicas especialistas que trabajan en el Sistema Nacional de Salud, el 31% está adscrito a atención primaria, y el 55% a atención especializada.<sup>46</sup> Asimismo, entre 2010 y 2016 los recursos humanos en atención especializada crecieron un 6%, frente a los relativos a la atención primaria, que solo subieron un 1%.<sup>47</sup>

La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria tiene un déficit de profesionales en 15 comunidades autónomas.<sup>48</sup> Un informe del Ministerio de Sanidad de 2019 preveía tensiones de reposición a corto plazo, ya que el 27,5% de las y los médicos de familia tiene 60 o más años, y a medio plazo, puesto que el 63,4% tiene 50 o más años.<sup>49</sup> La tasa de reposición –contratos vía oposición que cubren los que se pierden por jubilación– varió en los años de la crisis entre el 10 y el 50%, es decir, de cada 10 profesionales que se jubilaban se ofertaban entre 1 y 5 plazas. Desde 2016 hasta la fecha, esta tasa ha llegado al 100% anual, pero no incluye la recuperación de todas las plazas que no se han repuesto durante más de diez años.<sup>50</sup>

## 2.2.2. EL ALTO GRADO DE TEMPORALIDAD EN EL SECTOR SANITARIO

Las políticas de personal en el sistema sanitario se han basado en la precariedad laboral, lo que tiene un impacto en el derecho a la salud.

Según una encuesta de la Organización Médica Colegial realizada antes de la pandemia y publicada en 2020, la tasa de temporalidad en el sistema sanitario público español afecta a más del 36% de las médicas y médicos encuestados. De estos, el 55,4% lleva más de seis años sin conseguir una plaza mediante concurso oposición.<sup>51</sup> La misma encuesta realizada un año antes mostraba que el 27,1% de quienes no disponían de una plaza fija llevaban entre once y veinte años en la misma situación, y un 11,9% llevaba más de veinte años, lo que representa una precariedad cronificada.<sup>52</sup>

En 2017 solo el 6,9% de los contratos de médicos de familia fueron indefinidos, frente al 9,4% de médicos hospitalarios, y el 70% de esos contratos fueron de menos de un mes.<sup>53</sup> En el caso de la enfermería en atención primaria, la temporalidad es del 19%.<sup>54</sup>

---

46 Patricia Barber Pérez y Beatriz González López-Valcárcel: “Ministerio de Sanidad. Estimación de la oferta y la demanda de médicos especialistas. España 2018-2030”. Patricia Barber Pérez, Beatriz González López-Valcárcel. Ministerio de Sanidad. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/20182030EstimacionOfertaDemandaMedicosEspecialistasV2.pdf>

47 Ibíd.

48 Ibíd.

49 Ibíd.

50 Consalud: “La herencia sanitaria de la tasa de reposición: años sin OPE y 27.800 profesionales menos”, 2017. Disponible en: [https://www.consalud.es/profesionales/la-herencia-sanitaria-de-la-tasa-de-reposicion-anos-sin-ope-y-27-800-profesionales-menos\\_32890\\_102.html](https://www.consalud.es/profesionales/la-herencia-sanitaria-de-la-tasa-de-reposicion-anos-sin-ope-y-27-800-profesionales-menos_32890_102.html)

51 Ver: [https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/np\\_encuesta\\_situacion\\_profesion\\_medica\\_espana\\_2019\\_22\\_06\\_2\\_020.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/np_encuesta_situacion_profesion_medica_espana_2019_22_06_2_020.pdf)

52 OMC-CESM. Encuesta sobre la situación de la profesión médica en España. 5ª 5.a oleada- 2018. Disponible en: <http://www.cesm.org/wp-content/uploads/2019/01/InformeAP-Documento-final.pdf>

53 Patricia Barber Pérez y Beatriz González López-Valcárcel: “Estimación de la oferta y la demanda de médicos especialistas. España 2018-2030”, Ministerio de Sanidad. Estimación de la oferta y demanda de médicos especialistas. España 2018-2030 Patricia Barber Pérez, Beatriz González López-Valcárcel.

54 Ver: <https://enfermeriatv.es/es/temporalidad-y-rotacion-laboral-lacras-del-sistema-sanitario-espanol/>

La precariedad se concentra en el personal médico joven (menores de 40 años), donde solo el 15,2% tenía plaza fija en 2017 en el sistema público.<sup>55</sup> La precariedad afecta especialmente a las mujeres, menores de 40 años y con nacionalidad extranjera.<sup>56</sup>

El Marco Estratégico para la Atención Primaria establece como objetivo mantener una tasa de temporalidad en atención primaria inferior al 8%.<sup>57</sup> Sin embargo, la situación real dista mucho del objetivo marcado.

### 2.2.3. SOBRECARGA ASISTENCIAL

En España, la atención primaria se ha enfrentado durante los últimos años a un nivel muy alto de presión asistencial. Respecto a la dimensión de cupos asignados a cada profesional, el Marco Estratégico para la Atención Primaria<sup>58</sup> establece el máximo deseable en 1.500 pacientes por profesional sanitario en atención a adultos. Sin embargo, el propio Ministerio de Sanidad reconoció en 2018 que más del 41% de las y los médicos de familia tienen cupos que superan los 1.500 pacientes y que este exceso supone que las agendas de médicos con 40, 50 o incluso más pacientes al día sean demasiado frecuentes en muchos centros.<sup>59</sup> Asimismo, existen estudios que muestran que antes de la pandemia ya había evidencias de que estos cupos en algunas áreas de salud, sobre todo las urbanas, están sobredimensionados,<sup>60</sup> lo que impide un adecuado seguimiento de cada paciente y merma la calidad de su atención.

En la Comunidad de Madrid, en 2018 se estiman 34 pacientes diarios de media, aunque este valor no contabiliza las ausencias no cubiertas (un 68% de las bajas laborales superiores a un mes en 2019<sup>61</sup>) que se reparten entre el resto de profesionales presentes, por lo que probablemente este número es mayor.<sup>62</sup> No hay datos oficiales de presión asistencial en Castilla-La Mancha. En Cataluña, el Institut Català de la Salut estima que en 2018 se atendieron casi 21 millones de consultas en medicina de familia y más de 13 millones en enfermería,<sup>63</sup> pero no hay datos de media de pacientes al día por consulta. Asociaciones de profesionales catalanes señalan la media entre 35 y 40 pacientes al día por médico.<sup>64</sup> Por otra parte, es necesario destacar el acuerdo firmado entre el Institut Català de la Salut y el sindicato Metges de Catalunya, que estableció una media de 1.300 tarjetas individuales sanitarias (TIS) por médico y una media de 12 minutos por visita.<sup>65</sup> Sin embargo, tal y como muestran los testimonios recogidos por Amnistía Internacional, este acuerdo no se está cumpliendo.

---

55 Patricia Barber Pérez y Beatriz González López-Valcárcel: “Ministerio de Sanidad. Estimación de la oferta y la demanda de médicos especialistas. España 2018-2030 Patricia Barber Pérez, Beatriz González López-Valcárcel”, Ministerio de Sanidad.

56 Ver: [https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/np\\_encuesta\\_situacion\\_profesion\\_medica\\_espana\\_2019\\_22\\_06\\_2020.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/np_encuesta_situacion_profesion_medica_espana_2019_22_06_2020.pdf)

57 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, 2019. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco\\_Estrategico\\_APS\\_25Abril\\_2019.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf)

58 *Ibíd.*

59 Ver: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/mas-del-41-de-los-medicos-de-familia-tienen-cupos-excesivos-que-superan-los-1500-pacientes>

60 Luis Palomo L, Juan Gervas J, y Luis Miguel García-Olmos LM. : “La frecuencia de las enfermedades atendidas y su relación con el mantenimiento de la destreza del médico de familia”, *Atención Primaria* 1999; 23: 363-370.

61 Información facilitada por la Consejería de salud Salud de la Comunidad de Madrid a Amnistía Internacional.

62 Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud. Disponible en: <http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/AtencionPrimariaFicha.aspx?ID=75>

63 Institut Català de la Salut (ICS). Mèmoría 2018. Disponible en: [http://ics.gencat.cat/web/.content/01-LICS/memories-de-lics/portada/MEMO2018\\_ICS\\_CORPORATIVA.pdf](http://ics.gencat.cat/web/.content/01-LICS/memories-de-lics/portada/MEMO2018_ICS_CORPORATIVA.pdf)

64 Ver: <https://metgesdecatalunya.cat/sites/default/files/2017-09/Nota%20de%20premsa%20-%2003.04.17.pdf>

65 Ver: <https://metgesdecatalunya.cat/sites/default/files/2018-11/Acord%20sortida%20vaga.pdf>

Ante las condiciones descritas, existe una creciente tendencia de emigración a otros países del personal médico. Según datos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en 2019 se expidieron un total de 4.100 certificados de idoneidad para salir a otros países, una cifra que supone un incremento de un 18,7% respecto a 2018 y que es tres veces superior a las cifras de 2011. En los últimos nueve años se han solicitado alrededor de 27.500 certificados de idoneidad.<sup>66</sup>

## **2.3. INCUMPLIMIENTO DE RECOMENDACIONES INTERNACIONALES Y VULNERACIONES DEL DERECHO A LA SALUD**

Amnistía Internacional ya denunció en 2018 que las medidas de austeridad habían deteriorado la accesibilidad, asequibilidad y calidad de la atención sanitaria en España. Esas medidas tuvieron un impacto particular y desproporcionado en el derecho a la salud de las personas de rentas más bajas y, especialmente, en las personas con enfermedades crónicas, las personas con discapacidad, las personas mayores, las personas inmigrantes 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 aplicaron, constituyó una vulneración del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.<sup>67</sup>

Varios mecanismos internacionales de protección de derechos humanos han mostrado preocupación por las políticas de austeridad y su impacto en el derecho a la salud en España, y han instado al Gobierno a revertir las medidas. Así, en 2018, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (en adelante, el Comité DESC) mostró su preocupación por los efectos regresivos del Real Decreto-Ley 16/2012 en el derecho a la salud. El Comité DESC instó a llevar a cabo una evaluación exhaustiva sobre el impacto de las políticas de austeridad con el fin de adoptar las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios y atención de salud y recomendó recuperar la universalidad en la atención sanitaria para las personas inmigrantes, sin discriminación alguna.<sup>68</sup>

Por su parte, el Comité de los Derechos del Niño<sup>69</sup> y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer<sup>70</sup> mostraron su preocupación por las medidas de austeridad y su impacto en el derecho a la salud, y solicitaron el incremento de pediatras y el acceso a la atención sanitaria de las mujeres migrantes en situación administrativa irregular. Asimismo, el Relator Especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos en su reciente visita a España manifestó que existen importantes lagunas en el Sistema Nacional de Salud que afectan a las personas más necesitadas de atención, destacando el hecho de que aún no existe universalidad en la atención sanitaria. Además, también reseñó como preocupante la creciente privatización de algunos elementos de la sanidad pública sin que el Gobierno haya proporcionado una evaluación del impacto en el derecho a la salud de la misma.<sup>71</sup>

---

66 Ver: [https://www.cgcom.es/sites/default/files//u183/np\\_certificados\\_idoneidad\\_cgcom\\_21\\_01\\_2020.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files//u183/np_certificados_idoneidad_cgcom_21_01_2020.pdf)

67 Amnistía Internacional. : “La receta equivocada: El impacto de las medidas de austeridad en el derecho a la salud en España”, 2018. Disponible en: <https://www.amnesty.org/es/documents/eur41/8136/2018/es/>

68 Comité DESC. Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de España. E/C.12/ESP/CO/6 . Abril de 2018. Disponible en: [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=E/C.12/ESP/CO/6&Lang=Sp](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=E/C.12/ESP/CO/6&Lang=Sp)

69 Comité de los Derechos del Niño. Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de España. CRC/C/ESP/CO/5-6. Marzo de 2018. Disponible en: [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=CRC/C/ESP/CO/5-6&Lang=Sp](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=CRC/C/ESP/CO/5-6&Lang=Sp)

70 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de España. CEDAW/C/ESP/CO/7-8. Julio de 2015. Disponible en: [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=CEDAW/C/ESP/CO/7-8%20&Lang=Sp](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=CEDAW/C/ESP/CO/7-8%20&Lang=Sp)

71 Relator Especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos. Informe sobre la visita a España. Abril de 2020. Doc. ONU A/HRC/44/40/Add.2 Abril 2020, Párrafos 31-34. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/HRC/44/40/Add.2>

Ningún sistema de salud podía estar preparado para una pandemia de esta magnitud. Sin embargo, Amnistía Internacional desea poner de relieve una consideración realizada por el Comité DESC, que ha señalado durante la pandemia que los sistemas sanitarios han quedado debilitados tras décadas de inversión insuficiente y, por consiguiente, no han estado debidamente dotados para responder con eficacia y rapidez a la intensidad de la actual pandemia.<sup>72</sup> Este es el caso de España, un país que ha afrontado la pandemia con un sistema sanitario debilitado, especialmente la atención primaria, que ya ponía en riesgo el derecho a la salud de las personas con anterioridad a la COVID-19.

---

72 Comité DESC. Declaración sobre la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) y los derechos económicos, sociales y culturales. Abril de 2020, párrafo 4. Disponible en: <https://undocs.org/es/E/C.12/2020/1>



# 3. CRÓNICA DE LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DURANTE LA PANDEMIA

El Sistema Nacional de Salud en general y la atención primaria en particular se han visto sometidos a una gran presión asistencial durante la pandemia. La OMS emitió desde el inicio de la pandemia sucesivas recomendaciones a los Estados sobre la necesidad de apoyar la atención primaria. Sin embargo, la importancia de este nivel asistencial y la necesidad de dotarlo de mayores recursos durante la crisis han estado más presentes en los discursos de las autoridades sanitarias centrales y de las tres comunidades autónomas estudiadas que en el ámbito de las decisiones políticas ajustadas a la realidad.

## 3.1. RECOMENDACIONES INTERNACIONALES SOBRE LA GESTIÓN DE LA PANDEMIA Y EL DERECHO A LA SALUD

El 11 de marzo la OMS declara como pandemia el brote de COVID-19.<sup>73</sup> Ese mismo mes, la OMS calificó la atención primaria como pilar esencial<sup>74</sup> para centrar y coordinar la respuesta global a la pandemia.<sup>75</sup> El organismo advirtió a los Estados de que a medida que aumentara el número de casos de COVID-19, la demanda de servicios de atención primaria aumentaría y los ministerios de Sanidad tendrían que adoptar medidas adecuadas para apoyar la atención primaria, apoyo dirigido no solo a la gestión de los casos de COVID-19, sino también a asegurar la adaptación del sistema sanitario a las necesidades de los grupos vulnerables. Además, advirtió de que sería necesario mantener los servicios de salud esenciales para reducir las muertes prevenibles.<sup>76</sup>

Por su parte, el Relator Especial sobre el derecho a la salud subrayó durante la pandemia que la mortalidad y la morbilidad por la COVID-19 han evidenciado el papel fundamental que desempeñan la salud pública, la atención primaria y la cobertura sanitaria universal, y unos sistemas de salud robustos y bien dotados de recursos.<sup>77</sup>

---

73 Ver: <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>

74 OMS: “COVID-19: Operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak”. Geneva, 2020. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331561/WHO-2019-nCoV-essential\\_health\\_services-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331561/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

75 OMS: “Role of Primary Care in the COVID-19 response”, 2020. Disponible en: <https://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/14510>

76 *Ibíd.*

77 Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe anual. Julio de 2020. Doc. ONU A/75/163 Julio 2020, párrafo 53.

## **3.2. MEDIDAS ADOPTADAS DURANTE LA PANDEMIA**

### **EN MATERIA DE ATENCIÓN PRIMARIA**

#### **3.2.1. MEDIDAS ADOPTADAS DURANTE EL ESTADO DE ALARMA**

El 14 de marzo, el Gobierno adoptó el Real Decreto 463/2020, por el que se declaró el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria.<sup>78</sup> Este Real Decreto estableció que todas las autoridades civiles sanitarias de las administraciones públicas quedaban bajo las órdenes directas del ministro de Sanidad. Sin perjuicio de lo anterior, se decretó que las administraciones públicas autonómicas y locales mantuvieran la gestión, dentro de su ámbito de competencia, de los correspondientes servicios sanitarios, asegurando en todo momento su adecuado funcionamiento. El ministro de Sanidad se reservaba el ejercicio de cuantas facultades resultasen necesarias para garantizar la cohesión y la equidad en la prestación de dicho servicio.<sup>79</sup>

En la primera fase del estado de alarma se procedió al cierre de centros de salud, y sobre todo de consultorios locales. En Cataluña, según información facilitada por el Servei Català de la Salut, el porcentaje de centros cerrados varió, desde marzo a septiembre, del 9 al 0,92% y, en el caso de los consultorios locales, del 46 al 24%.<sup>80</sup> En la Comunidad de Madrid, hasta el mes de abril se había cerrado el 7,8% de los centros y el 53,3% de los consultorios.<sup>81</sup> Castilla-La Mancha afirma no haber cerrado oficialmente ningún centro ni consultorio. Sin embargo, Amnistía Internacional ha recibido información de al menos dos consultorios locales cerrados<sup>82</sup> y el SESCOAM ha admitido haber reorganizado recursos, por ejemplo, en el centro de salud de Talavera de la Reina,<sup>83</sup> lo que afectó a la atención sanitaria de la población. La situación de cierre de centros en las tres comunidades autónomas ha ido mejorando progresivamente.<sup>84</sup> No obstante, organizaciones sanitarias denuncian la apertura de consultorios locales sin todas las medidas de seguridad.

“*Se han ido abriendo consultorios locales que no cumplen las medidas de seguridad adecuadas –doble circuito, suficientes recursos, etc.– para asegurar la protección de la población y la de los y las profesionales”.*

*Cristina Sánchez Quiles, responsable nacional de la Secretaría de Atención Primaria de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM).*

78 Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-3692>

79 Ibíd, Artículo 12.

80 Información facilitada por el Servei Català de la Salut a Amnistía Internacional.

81 Información facilitada por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid a Amnistía Internacional.

82 Los consultorios locales de Alcaudete y Aldeanueva de Barbarroja permanecen cerrados en diciembre de 2020. Entrevista realizada por Amnistía Internacional en diciembre de 2020.

83 Ver: <https://www.lavozdelatajo.com/noticia/51101/actualidad/-talavera--gerencia-de-atencion-primaria-nunca-autorizo-el-cierre-de-urgencias-del-ambulatorio-de-la-estacion.html>

84 A primeros de octubre, el cierre de los centros de salud y de los consultorios locales se situó entre el 0,69 y el 23,06%, respectivamente, según información facilitada a Amnistía Internacional por el Departament de Salut. En la Comunidad de Madrid, en el mes de julio, no hubo atención presencial en cuatro centros de salud en turno de tarde (1,50% del total) y en seis consultorios locales en turno de tarde (3,68% del total); nueve consultorios locales no tuvieron atención presencial (5,52% del total) y cuatro consultorios locales modificaron su horario habitual (2,45% del total), según información facilitada a Amnistía Internacional por la consejería de sanidad.

El cierre de centros fue motivado por varias razones. En primer lugar, la Comunidad de Madrid y Cataluña decidieron movilizar personal de atención primaria a hospitales de emergencia, como fue el caso del hospital de IFEMA en Madrid<sup>85</sup> o del hospital de campaña de la FIRA en Barcelona.<sup>86</sup> A esta reorganización de recursos se sumó la escasa sustitución de las bajas médicas de corta duración por el creciente número de profesionales sanitarios contagiados. Todo ello hizo que algunos centros, con las plantillas ya mermadas antes de la pandemia, cerraran por falta de personal suficiente para atender la demanda de las personas enfermas.

El cierre de centros fue objeto de críticas por parte de organizaciones sanitarias, como la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SemFYC),<sup>87</sup> que advirtió del peligro que suponía para el acceso de las personas a la atención sanitaria. Meritxell Sánchez-Amat, presidenta del Fòrum Català d'Atenció Primària (FoCAP), subrayaba:

“Si cierras centros estás matando la atención primaria, la prevención, la atención a los pacientes crónicos y a la patología aguda, la salud mental. El derecho a la salud de las personas queda anulado”.

También las y los profesionales sanitarios entrevistados por Amnistía Internacional manifestaron su rechazo a esta decisión:

“Al principio se reforzó el hospital con personal de primaria. En mi centro pasó, a dos enfermeras, una celadora y un auxiliar los pasaron a plantilla del hospital. ¿Por qué decidir reforzar una atención y desvestir a la otra y no contratar a gente en las dos?”

*Una enfermera de Castilla-La Mancha.*

Por otra parte, en marzo, el Ministerio de Sanidad recomendó el cambio de modelo asistencial pasando de la atención presencial a la atención telefónica. Tanto el cierre de centros como el cambio de modelo asistencial se llevó a cabo sin la información y la formación adecuadas tanto para pacientes como para el personal sanitario. Amnistía Internacional desea recordar que el Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho a la salud ha señalado que las pandemias dejan al descubierto la fragilidad de los sistemas de salud y la inadecuación de los cauces existentes para distribuir la información entre todos los interesados en los idiomas y formatos que se precisarían para posibilitar una participación efectiva en la toma de decisiones o brindar un acceso equitativo a pruebas y tratamientos.<sup>88</sup>

---

85 Ver: <https://www.comunidad.madrid/comunicado/2020/04/07/millar-profesionales-atencion-primaria-integran-plantilla-hospital-temporal-comunidad-madrid-ifema>

86 Ver: <https://www.lavanguardia.com/vida/20200328/48131022634/govern-hospital-campana-fira-barcelona-coronavirus.html>

87 Ver: <https://www.semfyec.es/comunicado-posicionamiento-en-relacion-con-el-cierre-de-los-centros-de-salud/>. Ver también: <https://www.lavanguardia.com/vida/20200407/48372153016/salud-ha-cerrado-46-centros-de-atencion-primaria-desde-el-inicio-de-epidemia.html> y [https://www.vozpopuli.com/sanidad/medicos-madrilenos-estallan-IFEMA-militares-coronavirus-madrid\\_0\\_1340566709.html](https://www.vozpopuli.com/sanidad/medicos-madrilenos-estallan-IFEMA-militares-coronavirus-madrid_0_1340566709.html)

88 Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe Julio de 2020. Doc. ONU A/75/163.

## **3.2.2. MEDIDAS DE TRANSICIÓN HACIA EL FINAL DEL ESTADO DE ALARMA**

La OMS dictó el 16 de abril los principios que los Estados deberían cumplir a la hora de aliviar las medidas de confinamiento que habían sido llevadas a cabo durante la fase más aguda de la pandemia.<sup>89</sup> El organismo internacional destacó que la decisión de levantar estas medidas debía basarse en una evaluación del riesgo y esta valorarse en función de la capacidad asistencial de un país. Subrayó, asimismo, que esta capacidad incluía la atención hospitalaria y la no hospitalaria, la valoración rápida de los y las pacientes en los centros de salud, tratamiento de pacientes de COVID-19, así como otros pacientes con otras patologías y la capacidad de atender una carga añadida de personas enfermas en centros sanitarios u otros lugares.<sup>90</sup>

El “Plan para la transición hacia una nueva normalidad”, principal documento adoptado por el Gobierno con la finalidad de aliviar progresivamente las medidas de confinamiento, no exigió una evaluación de la capacidad asistencial de la atención primaria en las Comunidades Autónomas.<sup>91</sup> El Plan reconocía que la capacidad asistencial, tanto en asistencia primaria como en los hospitales y UCI, era fundamental para la gestión de la pandemia, así como para poder reanudar la asistencia habitual de pacientes con patologías distintas a la COVID-19.<sup>92</sup> Sin embargo, los indicadores fijados en el Plan, sobre los que las Comunidades Autónomas debían informar al Ministerio de Sanidad para poder aliviar las medidas de confinamiento, priorizaron la atención hospitalaria con una serie de indicadores detallados –ocupación UCI COVID-19/no COVID-19, ocupación de camas de agudos COVID-19/no COVID-19, entre otros– que servían para evaluar la presión asistencial<sup>93</sup> y no exigieron información alguna sobre la situación en la que se encontraba la atención primaria en sus territorios, tal y como recomendaba la OMS.

## **3.2.3. MEDIDAS ADOPTADAS POR EL GOBIERNO DESPUÉS DE FINALIZAR EL ESTADO DE ALARMA**

Al finalizar el estado de alarma, cuando las autoridades sanitarias podían haber comenzado la planificación de refuerzo de la atención primaria en previsión de la siguiente ola de la COVID-19, esta no se llevó a cabo de manera adecuada ni eficiente.

En junio, el Gobierno adoptó el Real Decreto-Ley 21/2020 de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19.<sup>94</sup> La norma establecía que las autoridades sanitarias de las Comunidades Autónomas debían adoptar planes de contingencia con el fin de garantizar la capacidad de respuesta y contar con planes internos para hacer frente a la gestión de situaciones de emergencia relacionadas con la COVID-19. Esta norma

---

89 OMS. Consideraciones relativas a los ajustes de las medidas de salud pública y sociales en el contexto de la COVID-19. Orientaciones provisionales, 16 de abril de 2020. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331970/WHO-2019-nCoV-Adjusting\\_PH\\_measures-2020.1-spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331970/WHO-2019-nCoV-Adjusting_PH_measures-2020.1-spa.pdf)

90 Ibíd.

91 Ministerio de Sanidad. Plan para la normalidad hacia una nueva transición, 28 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/PlanTransicionNuevaNormalidad.pdf>

92 Ibíd, página 10.

93 Ministerio de Sanidad. Plan para la normalidad hacia una nueva transición, 28 de abril de 2020. Anexo I. Panel de indicadores integral del Plan para la normalidad hacia una nueva transición. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Anexo\\_I\\_PANEL\\_DE\\_INDICADORES.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Anexo_I_PANEL_DE_INDICADORES.pdf)

94 Real Decreto-Ley 21/2020, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2020/06/10/pdfs/BOE-A-2020-5895.pdf>



centró la respuesta del sistema sanitario en la COVID-19, sin destacar la necesidad de que la atención primaria fuera reforzada para atender a pacientes con otras patologías.<sup>95</sup>

En junio, el Gobierno estableció la creación del Fondo COVID-19,<sup>96</sup> un crédito extraordinario de 16.000 millones de euros, configurado como un fondo excepcional de carácter presupuestario, no reembolsable, cuyo objeto es dotar a las Comunidades Autónomas de mayor financiación para hacer frente a la crisis sanitaria. Más de la mitad del fondo va destinado a prestaciones sanitarias. Asimismo, el Ministerio de Sanidad articuló una distribución de 300 millones de euros como fondo finalista a las Comunidades Autónomas para dar respuesta a las acciones más urgentes contra el COVID-19.<sup>97</sup> El Ministerio de Sanidad afirma que entre las áreas prioritarias se encontraba la atención primaria. Sin embargo, hasta el momento, no está disponible la información sobre qué parte del fondo del Ministerio de Sanidad y el fondo COVID-19 se dedicará a la atención primaria. En el marco de la financiación adicional de la Unión Europea a los países miembro, en concreto a través de la “Ayuda a la Recuperación para la Cohesión y los Territorios de Europa (REACT-EU)”, el Gobierno ha incluido en los Presupuestos Generales del Estado una partida de 1.088 millones de euros para el desarrollo del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria del Sistema Nacional de Salud.<sup>98</sup>

Respecto a la necesidad de reforzar el personal de atención primaria y otros centros sanitarios, el Ministerio de Sanidad promulgó el Real Decreto-Ley 29/2020.<sup>99</sup> Esta norma permitía la contratación de personal médico sin especialidad y posibilitaba que cada Comunidad Autónoma pudiera reorganizar los recursos humanos, para lo que se abría la opción de que el personal de los centros hospitalarios pasara a prestar servicios en los centros de atención primaria y a la inversa. El Foro de Médicos de Atención Primaria manifestó su oposición a este Real Decreto por menoscabar la calidad del Sistema Nacional de Salud.<sup>100</sup> Asimismo, el Foro de la Profesión Médica manifestó que la norma mermaba la calidad y la seguridad asistencial de los pacientes.<sup>101</sup>

### **3.2.4. MEDIDAS ADOPTADAS POR LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS**

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud –órgano de coordinación de los servicios de salud autonómicos y el Ministerio de Sanidad– adoptó un importante acuerdo el 16 de julio,<sup>102</sup> donde se disponía una serie de medidas a implementar para garantizar el acceso y la calidad asistencial en la atención primaria. Entre ellas, se recomendaba establecer mecanismos para la adecuada atención y continuidad de cuidados de pacientes con patologías crónicas,

---

95 Ibid. Artículo 28 y 29.

96 Real Decreto-Ley 22/2020, de 16 de junio, por el que se regula la creación del Fondo COVID-19 y se establecen las reglas relativas a su distribución y libramiento. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-6232>

97 Ver <https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4834>

98 Ver <https://www.sepg.pap.hacienda.gob.es/sitios/sepg/es-ES/Presupuestos/PGE/PGE2021/Paginas/PGE2021.aspx>

99 Real Decreto-Ley 29/2020, de 29 de septiembre, de medidas urgentes en materia de teletrabajo en las Administraciones Públicas y de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19. Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-11415](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-11415)

100 Ver: [https://www.cgcom.es/sites/default/files//u183/comunicado\\_foro\\_ap\\_decreto\\_contrataciones\\_01.10.2020.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files//u183/comunicado_foro_ap_decreto_contrataciones_01.10.2020.pdf)

101 Ver: <http://www.cesm.org/2020/09/30/el-foro-de-la-profesion-medica-muestra-su-indignacion-con-el-real-decreto-ley-29-2020/>

102 Plan de respuesta temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19. Acordado en Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, 16 de julio de 2020. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/17.07170720140919256.pdf>

priorizando aquellos especialmente vulnerables, con el objeto de minimizar las visitas a los servicios de urgencias e ingresos hospitalarios no programados. Asimismo, se solicitaba redimensionar las plantillas de la atención primaria para garantizar servicios de calidad, y un plan de sustituciones para cubrir las ausencias de los y las profesionales y, a la vez, evitar el agotamiento de los mismos.<sup>103</sup>

Sin embargo, ese acuerdo no se ha cumplido de manera adecuada en las tres comunidades autónomas estudiadas. En el mes de mayo, la Comunidad de Madrid se comprometió a la renovación de 10.100 contratos de personal sanitario.<sup>104</sup> Pero los principales sindicatos sanitarios de Madrid (AMYTS, CSIT, CC.OO. y UGT) denunciaron en agosto que solo se había cumplido el 71% de las contrataciones anunciadas, y que antes de la pandemia el déficit de plantilla estimado era de un 20-25%.<sup>105</sup> En octubre, la Comunidad de Madrid comunicó haber contratado a 10.400 profesionales sanitarios, 700 de ellos de atención primaria (6,7%).<sup>106</sup> También anunció en septiembre un Plan de mejora integral en atención primaria a tres años que contará con una dotación presupuestaria de 83 millones de euros, y que prevé crear 571 plazas nuevas, 150 de ellas en el año 2020.<sup>107</sup> Sin embargo, la primera reunión para iniciar la redacción del mismo se celebró en diciembre.<sup>108</sup> En el mismo mes de diciembre de 2020, el sindicato Amyst denunció la falta de información con respecto al Plan y el incumplimiento del mismo por la falta de mejoras de la presión asistencial, entre otros aspectos.<sup>109</sup> Amnistía Internacional ha recibido información de las autoridades sanitarias en relación a las líneas generales de las medidas organizativas que contiene el Plan, que incluyen la gestión integral de la demanda, avance en la flexibilización de turnos, desburocratización de la consulta, implantación de la prescripción enfermera y teletrabajo.<sup>110</sup>

En Cataluña, el director del Institut Català de la Salut informó a Amnistía Internacional de la contratación de 800 gestores COVID en los centros de salud para rastrear los contactos de personas con sospecha de haber contraído el virus.<sup>111</sup> Asimismo, el gobierno catalán anunció en junio un Plan de fortalecimiento y transformación en la atención primaria,<sup>112</sup> que contaría con una inversión inicial de 300 millones de euros -44,6 millones presupuestados para el 2020, 120,46 millones para el 2021 y 133,7 millones para el 2022- y desde marzo a noviembre, las autoridades sanitarias afirman haber contratado a 4.310 profesionales.<sup>113</sup> Amnistía Internacional ha podido conocer a través de las mismas autoridades sanitarias catalanas que no existe un documento que defina en detalle el contenido y alcance del Plan. En su defecto, el formato elegido consta de una presentación con una serie de diapositivas que resumen diversos aspectos. Según portavoces del Servei Català de la Salut la razón para la no redacción de un documento del Plan reside en una metodología más ágil de comunicación de resultados y de una gestión orientada a la acción. Amnistía Internacional considera que el formato elegido no facilita el acceso a la información detallada del contenido del Plan, no promueve la transparencia de la información ni la efectiva rendición de cuentas en relación a los objetivos marcados por el Plan y la evolución del mismo. Asimismo, cabe

---

103 *Ibíd.*

104 Ver: <https://www.comunidad.madrid/comunicado/2020/05/14/comunidad-madrid-acuerda-sindicatos-mesa-sectorial-sanidad-renovacion-10000-efectivos-contratados-covid-19>

105 Ver: <https://amyts.es/wp-content/uploads/2020/08/nota-prensa-situacion-de-la-AP-18-agosto.pdf>

106 Ver: <https://www.comunidad.madrid/notas-prensa/2020/10/24/comunidad-refuerza-prevencion-covid-19-areas-sanitarias-mayor-incidencia-positivos>

107 Ver: <https://www.comunidad.madrid/notas-prensa/2020/09/22/comunidad-madrid-equipara-retribuciones-medicos-especialistas-atencion-primaria-summa-112-hospitales>

108 Ver <https://www.comunidad.madrid/noticias/2019/12/11/arranca-elaboracion-plan-estrategico-atencion-primaria-2020-23-comunidad>

109 Ver <https://amyts.es/la-comunidad-de-madrid-incumple-el-plan-de-ayuso-de-mejora-integral-de-la-atencion-primaria/>. Ver también <https://amyts.es/amyts-interpone-un-recurso-judicial-contra-la-comunidad-de-madrid-por-incumplir-los-acuerdos-de-mejora-de-atencion-primaria/>

110 Información facilitada a Amnistía Internacional por parte del Servicio Madrileño de Salud.

111 Entrevista realizada el 9 de diciembre.

112 Ver: <http://delegacionscatalunya.gencat.cat/ca/actualitat/terres-ebre/nota-premsa/?id=386253>

113 Información facilitada por el Servei Català de Salut a Amnistía Internacional.

señalar que tanto el Parlament de Catalunya<sup>114</sup> como algunos sindicatos sanitarios, por ejemplo Metges de Catalunya,<sup>115</sup> han considerado que el número de profesionales previstos en el Plan es insuficiente para paliar las necesidades. Respecto a la inversión en el sistema sanitario catalán, el director del Institut Català de la Salut destaca que el sistema es eficiente en relación al nivel de presupuesto destinado y los buenos resultados de salud obtenidos. Añade que la mayoría del presupuesto de atención primaria está dedicado a pagar los salarios del personal y reconoce que tener un presupuesto limitado indica que los salarios son bajos, para lo que utiliza la expresión “pagamos muy mal”. También reconoce que se ha invertido poco en tecnología e infraestructura en los últimos diez años, y que está por ver por cuántos años más seguirá siendo eficiente el sistema con ese nivel de inversión.<sup>116</sup>

En Castilla-La Mancha, el 2 de junio, el Servicio Sanitario de la Comunidad (SESCAM) afirmaba haber contratado 4.569 profesionales sanitarios.<sup>117</sup> La consejería de sanidad declaró haber contratado entre el 1 de marzo y el 30 de septiembre de 2020 a 2.080 profesionales en atención primaria; entre ellos, 477 personal de medicina, 914 de enfermería, y 410 auxiliares de función administrativa. El gobierno autonómico se ha comprometido a crear las plazas necesarias en atención primaria para que ningún profesional tenga un cupo superior a 2.000 pacientes en 2021.<sup>118</sup> Sin embargo, los sindicatos de profesionales de atención primaria siguen denunciando en noviembre una situación de sobrecarga y abandono en los centros de salud, que necesita más refuerzos.<sup>119</sup>

Ante este deterioro de la atención primaria, la Comisión de Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados ha recordado que la misma es un pilar esencial del Sistema Nacional de Salud y ha recomendado reforzarla con urgencia con una inyección de recursos humanos y tecnológicos.<sup>120</sup> Por su parte, el Defensor del Pueblo ha instado a, entre otras cuestiones, a reforzar la atención primaria “con profesionales, medios técnicos y organizativos” y a terminar con la precariedad y la temporalidad en el trabajo que “son el mayor problema para los trabajadores del Sistema Nacional de Salud”.<sup>121</sup>

Durante la pandemia, las autoridades sanitarias centrales y autonómicas han resaltado la dificultad de encontrar personal sanitario disponible al que contratar para reforzar la atención primaria. En este sentido, Amnistía Internacional desea contraponer los testimonios recogidos durante toda la pandemia entre el personal sanitario que trabaja en atención primaria, donde sobresalen las difíciles condiciones en las que han estado trabajando durante los últimos años y que la organización ya denunció en 2018. Condiciones que la pandemia únicamente ha agudizado. Amnistía Internacional ha podido comprobar que, incluso en un contexto de pandemia y de déficit de profesionales, las autoridades no siempre han ofrecido contratos que ofrezcan estabilidad laboral, llegando a ofertar contratos de semanas. Esta política de recursos humanos, como ya se ha destacado, tiene un impacto negativo en la calidad de la atención sanitaria.

---

114 Ver: [https://www.consalud.es/autonomias/cataluna/parlament-insta-verges-mejorar-atencion-primaria-revertir-recortes\\_85382\\_102.html](https://www.consalud.es/autonomias/cataluna/parlament-insta-verges-mejorar-atencion-primaria-revertir-recortes_85382_102.html)

115 Ver: <https://metgesdecatalunya.cat/es/actualidad/noticias/mc-recela-del-nuevo-plan-de-salut-para-reforzar-la-atencion-primaria>

116 *Ibíd.*

117 Ver: <https://sanidad.castillalamancha.es/saladeprensa/notas-de-prensa/el-gobierno-de-castilla-la-mancha-estudia-nuevas-medidas-de>

118 Ver: <https://www.castillalamancha.es/actualidad/notasdeprensa/garc%C3%ADa-page-valor-a-el-esfuerzo-de-los-profesionales-sociales-de-la-salud-y-la-educaci%C3%B3n-durante-la>

119 Ver: <https://www.dclm.es/noticias/107492/los-sindicatos-se-movilizan-en-clm-para-exigir-mejoras-en-atencion-primaria>.

120 Congreso de los Diputados. Dictamen de la Comisión para la reconstrucción social y económica. Julio de 2020. Disponible en: [http://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153\\_1\\_Dictamen.pdf](http://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153_1_Dictamen.pdf)

121 <https://www.defensordelpueblo.es/noticias/comparecencia-covid-19/>

### **3.3. FALTA DE TRANSPARENCIA Y NECESIDAD DE ESTABLECER MECANISMOS EFECTIVOS DE RENDICIÓN DE CUENTAS**

El Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho a la salud ha señalado que para lograr que las respuestas de los sistemas sanitarios sean eficaces en todo momento, incluso en el contexto de una pandemia, es preciso que todas las personas puedan acceder a la información y que se instauren mecanismos útiles de participación y de rendición de cuentas.<sup>122</sup> El Relator destaca que instaurando unos procedimientos robustos de examen de los derechos humanos puede lograrse que los garantes de derechos rindan cuentas de sus obligaciones en materia de derechos humanos, también en el contexto de la COVID-19.<sup>123</sup>

En cuanto al acceso a la información, Amnistía Internacional desea hacer constar la falta de transparencia en diversos aspectos relacionados con la pandemia. En este sentido, destaca la falta de información sobre qué porcentaje del Fondo COVID-19 se destinará a la atención primaria, que no se hayan publicado los planes de mejora de la inversión en la atención primaria de Cataluña y la Comunidad de Madrid, y la escasez de estadísticas actualizadas, como se detalla en el capítulo 5, de la información sobre el personal sanitario desglosada en contagiados y fallecidos.

En agosto, un grupo de expertas y expertos en materia de salud exigieron al Gobierno central la realización de una evaluación independiente para identificar debilidades, lecciones aprendidas y preparar el sistema sanitario para nuevas oleadas o futuras pandemias.<sup>124</sup> Finalmente, el pasado mes de octubre, el Gobierno y las Comunidades Autónomas acordaron la creación de un grupo de trabajo para definir el marco y las bases para realizar una evaluación independiente de la gestión de la pandemia de COVID-19.<sup>125</sup> A fecha de cierre de este informe, no se ha publicado información detallada sobre el desarrollo del trabajo de este grupo de trabajo.

Amnistía Internacional reconoce la enorme complejidad de gestionar un sistema sanitario y garantizar el acceso y el disfrute del derecho a la salud en el marco de una pandemia como la actual. Sin embargo, recuerda que las autoridades sanitarias tienen obligaciones internacionales en materia de respeto, protección y cumplimiento del derecho a la salud, que permanecen vigentes incluso en tiempos de pandemia. En este sentido, las autoridades sanitarias, tanto a nivel estatal como las de las tres comunidades autónomas estudiadas, han desoído recomendaciones de la OMS y del Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho a la salud, orientadas a reforzar de manera adecuada la atención primaria para garantizar la asistencia sanitaria a todas las personas.

Tal y como ha recomendado el Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho a la salud, Amnistía Internacional solicita un procedimiento robusto de examen y evaluación de los derechos humanos para lograr que los garantes de derechos rindan cuentas de sus obligaciones en materia de derechos humanos, también en el contexto de la COVID-19.

Los capítulos siguientes describen el gran impacto que ha tenido la gestión de la pandemia en el derecho a la salud de las personas con más necesidades sanitarias y mayor dependencia del sistema de atención primaria, así como en los derechos de los y las profesionales de la salud.

---

122 Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe. Julio de 2020. [Doc. ONU A/75/163](https://undocs.org/es/A/75/163), párrafo 8. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/75/163>

123 *Ibíd.*

124 Ver: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31713-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31713-X/fulltext)

125 Ver: <https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5069>

# 4. IMPACTO DE LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL DERECHO A LA SALUD DE LA POBLACIÓN

La gestión de la atención primaria ha tenido como consecuencia importantes barreras en el acceso a la asistencia sanitaria que, además, podrían haber puesto en riesgo la calidad de la atención sanitaria, a pesar del esfuerzo realizado por los y las profesionales del sector. Las personas con más problemas de salud y mayor dependencia del sistema han sido las más afectadas. Asimismo, la merma en la accesibilidad también ha tenido un impacto en pacientes que han recibido atención con retraso, lo que podría haber agravado su estado de salud o pospuesto un diagnóstico.

“Abandono” ha sido una de las palabras que ha resonado con más fuerza en las entrevistas a pacientes realizadas por Amnistía Internacional.

“*Sentimos abandono, ahora se ha acentuado más, pero la atención primaria ya estaba desmantelada*”.

*Federico Armenteros, presidente de la Fundación 26 de diciembre, Colectivo de personas mayores LGTBIQ+*

## 4.1. PÉRDIDA DE ACCESO Y DETERIORO DE LA CALIDAD

El Gobierno y las Comunidades Autónomas asumieron en 2019 la necesidad de adoptar medidas para mejorar la accesibilidad en la atención primaria.<sup>126</sup> La pandemia y la gestión de la misma han agravado la situación y han generado nuevas barreras en el acceso a la asistencia sanitaria.

### 4.1.1. DE PUERTA DE ENTRADA A DIQUE DE CONTENCIÓN: EL CIERRE DE CENTROS

El cierre de centros motivó que las personas tuvieran que desplazarse a los servicios de urgencias de los hospitales o a otros centros cercanos a su residencia, perdiendo el contacto con su personal sanitario de referencia hasta que los centros volvieron a abrir. Asimismo, el cierre se produjo sin informar de manera adecuada a la población. Federico Armenteros, presidente de la Fundación 26 de Diciembre, explicaba a Amnistía Internacional:

---

126 Ministerio de Sanidad. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, 10 de abril de 2019.

“El centro de Lavapiés cerró, pero yo creía que estaba abierto. Y llamaba y llamaba y no me cogían, te salía el contestador con indicaciones por si tenías síntomas de COVID y te decían de llamar a otro número si los tenías. Yo tengo el teléfono personal de algunos médicos, les llamé y me decían que el centro estaba cerrado y yo no entendía nada. No estábamos informados. No se informó a la población. Era una situación alarmante de inseguridad. Nosotros recurrimos a médicos que trabajan para la asociación”.

Asimismo, las asociaciones de pacientes y organizaciones sociales sirvieron de apoyo a la población en los momentos iniciales de desinformación. En palabras de Sandra Canudas, de la Associació de Diabetis de Catalunya (ADC):

“En la primera fase de la pandemia la asociación recibió muchas llamadas de gente que tenían su centro de salud cerrado y que no sabían a quién acudir. Hubo un problema de comunicación, de acceso a la información y de saber exactamente qué hacer o adónde ir. Esta atención tampoco funcionaba telefónicamente ya que las líneas estaban colapsadas. La sensación a nivel asistencial era de ir apagando fuegos sin control e improvisar”.

#### 4.1.2. CAMBIO DE MODELO ASISTENCIAL: LAS LLAMADAS PERDIDAS

Con la llegada de la pandemia, las autoridades sanitarias adoptaron protocolos que modificaron el modelo asistencial. Las consultas presenciales dejaron paso a la atención telefónica para evitar el contagio en los centros de salud de los pacientes con patologías no COVID-19 y de la población de riesgo, como las personas mayores o las pluripatológicas.<sup>127</sup> Este cambio de modelo se produjo sin contar con los avances tecnológicos necesarios, a pesar de que, en los últimos años, personas expertas y autoridades sanitarias venían abogando por una modernización de la atención sanitaria, en la que se combinara la atención presencial con la no presencial.<sup>128</sup>

Además, este salto a la atención telefónica coincidió con un aumento de la demanda por parte de los pacientes y sin un refuerzo adecuado de los recursos materiales y humanos en los centros de salud. El resultado: líneas telefónicas saturadas, creando una gran barrera de acceso a la atención primaria. El Foro de Médicos de Atención Primaria alertó de que, de marzo a septiembre, las llamadas se multiplicaron más de un 400% en algunos centros de salud y pidió la mejora de la red de telefonía, obsoleta y claramente insuficiente, y recursos para atenderla.<sup>129</sup>

127 Ministerio de Sanidad. Documento técnico: “Manejo en atención primaria y domiciliaria del COVID-19”. Madrid, 2020. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo\\_primaria.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_primaria.pdf)

128 Generalitat Catalunya: “Model d’atenció no presencial en el sistema sanitari de catalunya Catalunya 2013-2016”. Barcelona, 2014. Disponible en: [https://salutweb.gencat.cat/web/.content/ambits-actuacio/Linies-dactuacio/model\\_assistencial/MANP2013\\_2016.pdf](https://salutweb.gencat.cat/web/.content/ambits-actuacio/Linies-dactuacio/model_assistencial/MANP2013_2016.pdf) Ver también: Trisha Greenhalgh T, Shanti Vijayaraghavan S, Joe Wherton J, et al.: “Virtual online consultations: Advantages and limitations (VOCAL) study”, BMJ Open Opinion 2016;6 y Sara Leticia Dde la Fuente SL, Nerea García N, y María Hernández M, et al.: “La consulta no presencial como herramienta de mejora de la consulta a demanda de atención primaria”, Medicina de Familia 2018; 44 (7): 458-462. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359318302867>

129 Ver: <http://medicosypacientes.com/articulo/el-foro-de-medicos-de-atencion-primaria-alerta-de-la-situacion-de-los-centros-de-salud-en>

En Castilla-La Mancha, en el mes de julio de 2020 se produjeron dos millones más de llamadas con respecto a julio de 2019.<sup>130</sup> En septiembre, la Consejería de Sanidad instauró un call center con 90 profesionales contratados.<sup>131</sup> Sin embargo, tanto profesionales sanitarios como pacientes entrevistados por Amnistía Internacional consideraron que esta medida no había sido suficiente porque seguía existiendo un problema de saturación en las llamadas. “Hemos utilizado nuestro móvil personal porque las líneas del centro estaban colapsadas”, destaca una médica de Castilla-La Mancha. La Consejería de Sanidad de esta Comunidad Autónoma afirma “no haber realizado ningún estudio específico que permita objetivar la dificultad en el acceso a la atención”.<sup>132</sup> Sin embargo, este organismo declara que se ha detectado la dificultad de las personas con discapacidad auditiva en el acceso al sistema vía telefónica, afirmando haber “adoptado medidas para que la telemedicina pueda romper estas limitaciones que tienen las personas sordas, mediante intérpretes que puedan realizar un apoyo a la comunicación entre profesional sanitario y paciente”.<sup>133</sup>

En Cataluña se desarrollaron estrategias de atención telemática, como la aplicación La Meva Salut,<sup>134</sup> que han permitido agilizar la atención sanitaria. Sin embargo, este sistema no estaba al alcance de toda la población. Profesionales sanitarios y diversas asociaciones vecinales y de pacientes señalaron a Amnistía Internacional que algunas personas mayores, personas con menos recursos y sin acceso a medios tecnológicos, así como personas inmigrantes sin dominio del idioma, seguían sin tener acceso adecuado por estas vías.

“*Hubo sistemas que funcionaron, como la e-consulta o los mensajes a través de la web del servicio catalán de salud. Pero esto generaba una desigualdad por la brecha digital*”.

*Eva Mayor, médica de Barcelona.*

“*Tuve que ayudar a varias familias a pedir cita porque no sabían cómo funcionaba la aplicación de salud. También un chico de 35 años nos pidió ayuda. Tenía un ataque de asma y llevaba dos meses sin acceso a medicación y estaba en crisis, le ayudé porque no sabía cómo utilizar la aplicación, y también a personas mayores a las que se les había caducado la medicación*”.

*María Jesús, de la asociación vecinal Santako diu Prou.*

Las autoridades sanitarias catalanas afirman haber realizado diversos estudios de accesibilidad para evaluar la misma y declaran haber adoptado medidas que agilizan la respuesta a las necesidades de salud de las personas. Sin embargo, y si bien es positivo ese análisis, siguen existiendo barreras en el acceso a la atención primaria.

---

130 Ver: <https://www.castillalamancha.es/actualidad/notasdeprensa/el-compromiso-del-gobierno-de-castilla-la-mancha-con-la-atenci%C3%B3n-primaria-se-refleja-en-m%C3%A1s-personal>

131 Ver: <https://citapreviasescam.es/comienza-a-operar-en-toda-la-region-el-call-center-habilitado-por-el-gobierno-de-castilla-la-mancha-para-agilizar-las-citas-telefonicas-en-atencion-primaria/>

132 Información facilitada por la consejería de sanidad de Castilla-La Mancha a Amnistía Internacional

133 Ibid.

134 Espacio de salud digital La Meva Salut. Disponible en: <https://lamevasalut.gencat.cat/es>

Amnistía Internacional no ha recibido ninguna información de la Comunidad de Madrid respecto a las medidas adoptadas para asegurar la accesibilidad al sistema. Sin embargo, colectivos sanitarios, como Atención Primaria Se Mueve, han pedido que aumente el número de líneas telefónicas en los centros de salud y dotación inmediata de líneas móviles con datos y WhatsApp individual para evitar la saturación del servicio telefónico.<sup>135</sup> A fecha de cierre de este informe, esta situación próxima a la saturación del sistema continúa en las tres comunidades objeto de estudio.

Las barreras descritas han generado obstáculos en el acceso a una atención sanitaria adecuada, y también sufrimiento a muchas personas.

### **TAHMINA, 30 AÑOS, RESIDENTE EN BARCELONA**

*Yo tengo asma grave y el síndrome de Churg-Strauss, y tengo que ir al centro de salud cada dos, tres meses, porque tengo que controlar mi enfermedad. También voy al hospital Clínic y allí controlan mi enfermedad y medicación. Antes de marzo podíamos ir al centro de atención primaria (CAP) para urgencias a cualquier hora y también podía llamar y pedir cita con los médicos. Ahora no. Ahora tienes que pedir cita por teléfono pero como no te cogen, tenemos que ir al CAP aunque estés mala con dolores. Cuando llegamos al CAP te preguntan por qué necesitas ver al médico y te dicen que vuelvas a casa, que el médico te llamará en dos o tres días. Una vez tuve un dolor de pie muy muy fuerte, es un dolor muy raro y no podía caminar, no podía hacer nada. Es un dolor que empieza de repente y es muy intenso, no lo podía aguantar. Normalmente tengo dolor en mi cuerpo por los efectos secundarios de la medicina para el asma. Llamé al CAP pero no me cogían, mi hermano me llevó y me dijeron que me llamarían en dos días. A los tres días mi médica me llamó y me dijo que fuera por la tarde y me pinchó una inyección para evitar el dolor. Ella me trata muy bien, entiende todos los problemas. Es mi médica desde hace siete años.*

*Otra vez no podía respirar y llamé al CAP pero no me cogieron. Tuve que ir al hospital Clínic y me pusieron medicación. Cuando me cuesta respirar, tengo “silbidos” en la respiración y no puedo dormir, me duele la espalda también y me pongo muy muy nerviosa y no puedo estar esperando horas a que me cojan el teléfono, o ir al CAP y que me digan que no me pueden atender y pasar dos o tres días esperando para visitas telefónicas. No me gusta este tipo de sistema, que no puedo hablar por teléfono y no puedo ir y que me vea mi médica. Yo sé que durante la pandemia es difícil tratar a los pacientes como antes. Sé que ahora es un tiempo que tenemos que tener paciencia y hay que aguantar un poco y entender este sistema, pero a los pacientes que tenemos dolor intenso y no podemos aguantarlo, tienen que vernos antes.*

El nuevo modelo asistencial se ha instaurado sin preparación ni herramientas para los profesionales. Según *Sergio Minué*, médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria:

*“Una de las cosas que recomendaban los profesionales, que ya antes de la pandemia estaban hablando de incorporar el teléfono o el vídeo en las consultas, era el tema de preparar antes la consulta, tanto el médico como el paciente. ¿Qué quiero contar? ¿Cómo lo voy a contar? ¿Quién está preparando las entrevistas? Todo eso no se está haciendo”.*

---

135 Ver: <https://mats-sanidad.com/2020/09/22/nota-de-prensa-ap-se-mueve-madrid-necesita-medidas-de-implantacion-inmediata-en-atencion-primaria/>



Si bien el modelo telefónico puede agilizar la atención si se trata de cuestiones menores de salud, el modelo asistencial telefónico puede generar barreras en la comunicación, dificultándose el diagnóstico y el seguimiento de los problemas de salud.

“Yo tuve el caso de una señora mayor que vino para que le pusiera un inyectable y, cuando entró en la consulta, la vi sumamente delgada. La pesé y no llegaba a los 40 kilos. Había perdido mucho peso en la pandemia. Si a esta mujer no la tengo delante no se me ocurre preguntarle qué le había pasado y empezar a indagar, y ella no venía para consultarme por eso. Hay toda una parte de los procesos diagnósticos y de la diferencia entre lo que la persona siente como necesario y lo que tú puedes identificar simplemente al tenerla delante o por la manera en la que te cuenta lo que le pasa, que se pierde por completo en la atención telefónica. Parece que la atención telefónica ha llegado para quedarse y no hay mucha crítica respecto a los inconvenientes que tiene para dar una asistencia integral”.

Irene, una enfermera de Madrid .

### 4.1.3. REDUCCIÓN DE LA ACCESIBILIDAD EN LOS CENTROS ABIERTOS

En los centros de salud que permanecieron abiertos, el Ministerio de Sanidad adoptó un protocolo<sup>136</sup> que incluía un sistema de triaje para atender a las personas que decidían ir presencialmente. A la entrada del centro se situó un puesto de triaje en el que, tras un breve cuestionario sobre sintomatología, se derivaba al paciente a la zona de sospecha COVID-19 o a la zona para el resto de patologías. Sin embargo, las personas sin sintomatología COVID-19 que acudieron no eran atendidas y se les recomendaba volver a sus domicilios y esperar la llamada de su médico/a de familia.

Al finalizar el estado de alarma y aliviarse las medidas de confinamiento, las personas que habían postergado su necesidad de atención sanitaria acudieron a los centros ante la dificultad de conseguir una cita por teléfono, generándose situaciones de colapso en muchos centros.<sup>137</sup>

“Ahora no te cogen el teléfono, y cuando te lo cogen te dan cita telefónica para ocho o diez días y para contarles por teléfono lo que te pasa, no para verte. Como no te lo cogen tienes ir allí al mostrador y hay que hacer cola de una hora, al aire libre, y ahora que llega el invierno, y somos mayores, mi marido tiene 82 años y yo 79, es una vergüenza. Todo esto te hace sentir incómoda, mal, no sabes qué hacer, te sientes indefensa y no puedes decirles nada porque reconoces que el que te coge el teléfono está colapsado. Te sientes mal por ti y por ellos”.

Mujer de 79 años de Castilla-La Mancha.

136 Ministerio de Sanidad. Documento técnico: “Manejo en atención primaria y domiciliaria del COVID-19”. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo\\_primaria.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_primaria.pdf)

137 Ver: [https://www.telecinco.es/informativos/salud/colapso-centros-atencion-primaria-colas-listas-espera-infinitas\\_18\\_3004845262.html](https://www.telecinco.es/informativos/salud/colapso-centros-atencion-primaria-colas-listas-espera-infinitas_18_3004845262.html). Ver también: <https://asambleadecarabanchel.org/2020/07/22/el-escandalo-de-las-colas-a-la-entrada-de-los-centro-de-salud-de-carabanchel/> y <https://www.elperiodico.com/es/sanidad/20200919/coronavirus-efectos-sanidad-publica-problemas-cita-medica-atencion-primaria-8119247>

El sistema de triaje en los centros de salud continúa activo actualmente.

“El problema es que el centro de salud es un cuello de botella. Hay algunos pacientes que le llaman ‘el castillo’. Atravesar el castillo, hay que decidir qué contar para atravesar el castillo. La gente lo vive mal y genera mucho sufrimiento”.

*Una médica de Barcelona.*

#### 4.1.4. LISTAS DE ESPERA QUE SE ALARGAN

El Gobierno y las Comunidades Autónomas asumieron en 2019 que las listas de espera en atención primaria contradicen el principio de accesibilidad y longitudinalidad, y marcaron como objetivo a corto plazo garantizar la asistencia sanitaria no urgente en menos de 48 horas.<sup>138</sup>

Las cifras oficiales de Cataluña muestran que el 62% de las personas que solicitan una cita tienen que esperar entre cinco y diez días para ser atendidas.<sup>139</sup> La Comunidad de Madrid no ha facilitado esa información a Amnistía Internacional. Y Castilla-La Mancha afirma haber tenido una lista de espera en 2019 de uno a tres días y en 2020 de tres a seis días.

En un contexto de pandemia, la creciente presión asistencial sobre el sistema y la falta de recursos humanos suficientes han provocado un incremento de las listas de espera.

“La lista de espera aproximada para visitas programadas me sale a quince días, es verdad que luego hay visitas urgentes e intentamos meter a las personas, pero visita programada, quince días de espera”.

*Núria Gispert, médica de Girona.*

“Yo tengo una lista de espera de una semana. Mis compañeros que están de vacaciones tienen dos, tres semanas; trabajando mucho, mucho, puedes ponerte en una semana de lista de espera, quedándote más horas en la consulta”.

*Médica de Castilla-La Mancha.*

“Un paciente te dice: ‘Tengo un problema que me preocupa y no sé si es grave o no, pero no puedo resolverlo yo solo’. Y ahí hay que dar una respuesta, aunque sea un ‘no tienes nada grave’ que dé descanso al malestar de esta persona. Esto se ha dejado de hacer durante la pandemia”.

*Sergio Minué, médico experto en atención primaria y atención comunitaria.*

Una de las funciones de la atención primaria es activar los diagnósticos de forma precoz para detectar problemas de salud antes de que se agraven. Personal sanitario entrevistado por Amnistía Internacional afirma que el retraso en la atención sanitaria, así como las dificultades para hacer derivaciones al hospital durante la pandemia, han retrasado muchos diagnósticos con el consiguiente riesgo de empeoramiento del estado de la salud de las personas. Asimismo, los retrasos en las derivaciones al hospital han incrementado las consultas en la atención primaria porque los y las pacientes continúan con necesidades de salud que deben ser atendidas.

138 Ministerio de Sanidad. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. 10 de abril de 2019.

139 Información remitida por el Departament de Salut a Amnistía Internacional.

“

*“Lo que tenemos que ver no lo estamos viendo. Los crónicos, los estamos empezando a ver pero no de manera clara. Estamos viendo enfermedades que no hemos diagnosticado antes. Gente que tenía dolores y que ahora tiene metástasis. He visto hace poco el caso de una señora con cáncer de estómago y un señor con cáncer de colon. Estamos llegando tarde, estamos diagnosticando tarde. Hay muertes por COVID, pero muertes también por enfermedades que no son el COVID”.*

*Maria Luz, enfermera de Caldes de Montbui, Barcelona.*

Durante el estado de alarma, el acceso a pruebas diagnósticas hospitalarias quedó paralizado. Así, Mar Rodríguez Gimena, médica y experta en género y salud, explica que *“durante la pandemia ha habido retrasos de dos a tres meses en pruebas de cribado mamográfico”.*

Esta espera ha provocado mucha incertidumbre y sufrimiento en las personas con problemas de salud.

### **MARÍA LUISA, PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN ROSAE DE VALDEPEÑAS**

*Organización de mujeres afectadas por cáncer de mama, comparte uno de los últimos casos que les llegó en octubre de 2020.*

*Llamé al médico y me dieron para diez días. Fue casualidad que me llamase mi médico el mismo día por la tarde para otra gestión y se lo comenté, y me dijo que me fuera a urgencias, no del hospital sino del centro de salud, porque se pensaba que era un golondrino y necesitaría antibiótico. Y así lo hice, fui, me vio y me dijo que no era un golondrino. Al día siguiente me llamó el médico y me dijo que fuese al día siguiente a las nueve a la consulta para hacerme una ecografía. Junto con otro médico me hicieron la ecografía, todo esto en atención primaria, y me comentaron que había que estudiarlo. Me mandó hacerme una ecografía en ginecología pero me dieron cita para abril de 2021. Este bulto crecía y me dolía bastante, era muy molesto y decidí irme al ginecólogo de la sanidad privada y allí me detectaron tres bultos, dos en el pecho y otro el de la axila, que es el que yo detecté. Si no hubiese ido al ginecólogo de la privada no sé si para abril estaría aquí porque es un cáncer agresivo.*

### **JUAN, 64 AÑOS, RESIDENTE EN MADRID**

*Llevo dos semanas con ardores de estómago, mi médico por teléfono me preguntó qué creía yo que podía ser. Yo he tenido ya una gastroduodenal. Me costó que me cogieran el teléfono, tardaron días en llamarme y hoy (20 de*

noviembre) me llaman para decirme que me dan para el 1 de febrero, para otras pruebas. Y yo sigo sin estar bien y voy a empezar a sangrar por la úlcera porque hace años sangraba la úlcera y ya no sé qué hacer. Me despierto de madrugada con dolor y no termino de estar bien.

#### 4.1.5. TIEMPOS DE CONSULTA QUE SE ACORTAN

Si la consulta presencial antes de la pandemia ya tenía un tiempo muy limitado, la presión asistencial ha reducido todavía más ese tiempo. El Foro de Atención Primaria ha advertido que las agendas deben adecuarse a una asistencia de calidad, dedicando un mínimo de 10 minutos por paciente.<sup>140</sup> Personal sanitario explica a Amnistía Internacional el riesgo que comporta disponer de poco tiempo por paciente.

“Cuando un profesional tiene que ver un paciente cada tres minutos, no funciona. Tú entras, cierras, y te has sentado y ya ha pasado un minuto y medio. Intentas que sea una atención de calidad, pero la infraestructura cierra y aceleras y aceleras y no llegas y no te da tiempo. Lo que tienes que hacer es terminar, terminar y terminar y cerrar la consulta”.

Una enfermera de Madrid.

“Tienes entre cuatro y siete minutos por paciente. Esto no pasa en Europa”, “¿Qué menos que atender a los pacientes con más tiempo del que lo hacemos ahora? ¿Qué menos se merece un enfermo?”, “Somos un servicio social. Algunas personas te dicen que tienen problemas y detrás de eso puedes ver que está motivado por frío en sus casas, o por soledad. Pero ahora no hay tiempo de sentarse con un abuelito y su mujer, que también está mal y que le cuida. No puedes hacer todo lo que debes y hay muchas necesidades sociales, muchas, y ahora más. Deberíamos tener más tiempo con los pacientes”.

Médicos y médicas de Castilla-La Mancha.

“El problema es que no estás atendiendo con tiempo. ¿Y si se te pasa una enfermedad grave? Es que, ¿y si esa persona, que es un paciente crónico, se descompensa y se pone mal? ¿Y la gente mayor? Seguro que esto se verá en un futuro en estudios. Es difícil de llevar”.

Blanca Gispert, médica de Barcelona.

140 Foro de Médicos de Atención Primaria. Comunicado por el Día de la Atención Primaria, 2020. Disponible en: <https://www.semfyec.comunicado-del-foro-de-medicos-de-atencion-primaria-por-el-dia-de-la-ap-2020/>

En el caso de los y las pacientes, también refieren a Amnistía Internacional el escaso tiempo de las consultas.

“*Los médicos no te preguntan cómo estás, no te preguntan hace cuánto no te has hecho análisis, es como una oficina de dar pastillas. Esto pasa porque tienen muy poco tiempo, faltan médicos, no dan abasto incluso telefónicamente*”.

*Marga, de la Asociación Provincial de Enfermos Reumáticos de Guadalajara (APERG).*

## EL VÍNCULO ENTRE LOS PROFESIONALES Y LOS PACIENTES: PUENTES QUE SE ROMPEN Y QUE PONEN EN RIESGO LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

*La pérdida de accesibilidad, el modelo de asistencia sanitaria, los cupos sobredimensionados de pacientes por profesional, la escasez de recursos humanos y la falta de estabilidad laboral del personal sanitario han quebrado en gran medida el vínculo entre las y los profesionales de la atención primaria y los pacientes, pilar esencial de la calidad de la atención sanitaria. Existen estudios que muestran que realizar un seguimiento de la salud y la enfermedad de las personas, es decir desarrollar un vínculo, conocer a los pacientes, sus familias y su comunidad, tiene resultados altamente eficaces, y es una de las razones por las que los sistemas sanitarios basados en la atención primaria son más eficientes y equitativos.<sup>141</sup>*

*La comunicación en la relación terapéutica no tiene una réplica sencilla en los canales no presenciales, sobre todo cuando no existe un vínculo previo. Algunos estudios subrayan la necesidad de explorar al paciente para mejorar la relación terapéutica.<sup>142</sup> El contacto está, en la base del sistema de atención primaria. Los y las profesionales sanitarios relataron a Amnistía Internacional la importancia del contacto con sus pacientes.*

*“El atender por teléfono hace que pierdas ciertas habilidades, tienes incertidumbre de no conocer la verdadera necesidad/problema del paciente. Desde el punto de vista profesional quizá debería preocupar cómo va a influir en nuestras habilidades y cómo retomar la reflexividad ética”, señala María, una médica de Barcelona.*

*“Hemos perdido el contacto físico, la cercanía, la empatía, la capacidad de detectar no solo las cuestiones en materia de salud, lo biológico, sino lo psicológico y lo social. Ha sido una amputación traumática y ha actuado de forma negativa”, relata un médico de Madrid.*

*“La longitudinalidad, la relación médico-paciente es básica, da tranquilidad. Si yo veo la cara del paciente ya veo cómo está. Por ejemplo, fui a hacer un control de sintrón a uno de mis pacientes, en julio le vi bien, pero ahora tenía una palidez muy marcada y tenía dificultad para caminar. Le hicimos una analítica y vimos que había una anemia importante. Tú conoces a tus pacientes, pero si va otra persona que no le conoce, no habría tenido la referencia de cómo estaba antes y seguramente no habría valorado la necesidad de hacer una*

141 Barbara Starfield: B. “Primary care: An increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services”. SESPAS report 2012. Gaceta Sanitaria 2012; 26: 20-26.

142 Iona Heath: I. The mystery of general practice, London (UK): The Nuffield Provincial Hospital Trust; Londres, 1995. Ian McWhinney: I. “Primary Carecare: Core values in a changing world”, BMJ 1998; 316 (7147): 1807-1809.

*analítica. Eso no se valora y esa es la fuerza de la atención primaria”, afirma Maria Luz, enfermera de Caldes de Montbui, Barcelona.*

*“Es importante ver al paciente porque los fundamentos de la atención se basan en la entrevista clínica, en la confianza, en la empatía. Es fácil que por falta de tiempo vayamos sesgando la consulta. La mayor parte de lo que expresamos lo hacemos por gestos, y por teléfono nos perdemos muchas cosas: lo importante es verle la cara a un paciente en la consulta. Hay que tener consultas en las que alguien se te eche a llorar. Están apareciendo nuevas enfermedades y problemas físicos que se nos pueden escapar si no vemos a las personas. El teléfono está bien para rutina de seguimiento pero, por ejemplo, para las personas mayores la terapia se basa más en la presencia física que en los medicamentos. No podemos tener la tentación de quitarnos de en medio”, explica Francisco Angora, médico de Ciudad Real.*

#### **4.1.6. LA ATENCIÓN DOMICILIARIA REDUCIDA**

El Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria ya advertía en 2019 que se había producido un cierto abandono de la atención domiciliaria.<sup>143</sup> Durante la pandemia, esta tendencia se ha agudizado, viéndose afectadas en mayor medida personas encamadas o con dificultades para la movilidad, o pacientes que en otro momento hubiesen sido hospitalizados, pero que optaban por quedarse en casa por miedo a infectarse de COVID-19 en el hospital y por el aislamiento que eso suponía. Esta situación aumentó las necesidades de cuidados de estos pacientes. Sin embargo, hay estudios que muestran que la falta de medios suficientes y la sobrecarga del personal sanitario dificultó su trabajo antes, durante y después del estado de alarma.<sup>144</sup> Pacientes extremadamente vulnerables no tuvieron acceso suficiente a cuidados profesionales, transmitiendo esa carga a las familias, y dentro de ellas principalmente a las mujeres o a personas no sanitarias, también en su mayoría mujeres.

Amnistía Internacional desea poner de relieve los testimonios del personal sanitario que extendían sus ya largas jornadas laborales para poder visitar a más pacientes en sus domicilios.

“*He llegado a ir al centro a las siete de la mañana y he salido a las cuatro o a las cinco de la tarde estirando la jornada para seguir visitando a las personas en sus domicilios”.*

*María Luisa, médica de Guadalajara.*

143 Ministerio de Sanidad. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, 10 de abril de 2019.

144 José Ramón Martínez-Riera JR, y Elvira Gras-Nieto: E. “Atención domiciliaria y COVID-19. Antes, durante y después del estado de alarma”, Enfermería Clínica 2020. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862120302990?via%3Dihub>

“Fuimos a visitar pacientes hasta en fin de semana, en nuestro tiempo libre”.

*Clara Michaut, médica de Girona.*

Los testimonios recogidos por Amnistía Internacional expresan sentimientos de abandono por parte de estas personas y sus cuidadoras, y de frustración por parte de los profesionales sanitarios cuando volvían a los domicilios después del estado de alarma y observaban las consecuencias de la desatención.

“Vuelves a las casas y encuentras las barbaridades que estamos encontrando, desde muertes a úlceras por presión totalmente descontroladas”.

*Alda Recas, presidenta de la Asociación Madrileña de Enfermería Independiente.*

## MARÍA (NOMBRE FICTICIO), DE CASTILLA-LA MANCHA

*Mi madre cumplió 90 años en febrero y estaba bien. Un día empezó a temblar y se cayó. Ahí empezó todo. Avisé al médico de cabecera y la visitó. Nos dijo que estaba bien. Mi madre le dijo que tenía dolor en zona lumbar y el médico le dijo que tenía que andar, pero mi madre no podía andar. Mi madre no mejoraba y en marzo nos dijeron que ya no podíamos ir a consulta. Llamábamos por teléfono y nos decían que le pusiéramos parches para el dolor y pastillas. Pero cada vez iba a peor y como el médico no venía a casa, la derivó al hospital. El médico nos dijo que iban a procurar que no tuviera dolor el tiempo que le quedara y pensamos: “¿Pero ya la dan por muerta?”. Solo venía la enfermera a hacerle las curas una vez a la semana, que nos atendía muy bien, y el resto de los días lo hacíamos mi hermana y yo. Hemos sido sus enfermeras, 24 horas al día. En abril, cuando estaba mucho peor, venían tres veces a la semana, pero el resto del tiempo éramos nosotras quienes la cuidábamos. Seguía sin poder hablar con el médico por teléfono y el enfermero me decía que ya no sabía qué mandarle. Nos mandaban parches para el dolor sin hacer exploraciones ni pruebas. En abril, cuando se acostaba, mi madre lloraba y tenía un dolor y un sufrimiento... En mayo volvió de su baja el médico de mi madre y le pedimos que la visitara, vino dos o tres días después. Repasó lo que tomaba, le quitó mucha de la medicación y le mandó otra. El 22 de mayo la llevamos a urgencias porque estaba como en coma, no se movía. Pasamos allí toda la noche y a las nueve de la noche le dieron el alta. Al día siguiente la volvimos a llevar y estuvo tres semanas ingresada. A la primera semana le quisieron dar el alta, pero yo pregunté: “¿Cómo le vais a dar el alta?”. Tenía una sonda, los riñones no le funcionaban, el corazón infartado, y me dijeron que para lo que había ido ya estaba bien. Vino otra doctora y dijo que tenía que seguir ingresada. El 13 de junio falleció. Fue un sufrimiento contante desde febrero. Desde entonces hasta junio solo tuvo dos visitas del médico en casa. ¿Por qué ahora en la pandemia, cuando más se necesita la atención, estamos así? Un poco más de humanidad es lo único que pido. La gente mayor ha estado sosteniendo a la familia, solo pido que se les haga más caso.*

Otra de las tareas que realiza la atención primaria es proporcionar cuidados paliativos domiciliarios a pacientes terminales. Estos cuidados se realizan en colaboración con los servicios especializados en atención paliativa. La pandemia ha supuesto muchas muertes en domicilios, por enfermedades derivadas de la COVID-19 u otras patologías. En ocasiones, los y las pacientes mayores, o sus familiares, optaban por morir en casa. Pero no siempre se pudo ofrecer la atención adecuada para proporcionar una muerte digna a las personas.

“

*“Un compañero tiene varios cánceres, le tenían que haber hecho unas pruebas y no se las hicieron por el confinamiento. Cuando le retomaron las pruebas, ya le hicieron el TAC y tenía metástasis. Desde el hospital no le derivan a paliativos porque no estuvo ingresado, y para pedirlos tuvo que ir a atención primaria. Llamó y no le cogían el teléfono en el centro salud. Y al final contactamos con la trabajadora social y ella conocía el caso y pedimos que el médico le pudiera llamar y hablar con él de su situación, para conseguir la mejor calidad de vida posible el tiempo que viviese. Pero el médico no le ha llamado. Y él tiene mucho dolor. A otra chica transexual que también está muy enferma el hospital le paró los paliativos y ella no tiene dinero, y estamos encima de que nos contesten en el centro de salud. Lo peor es para las personas sin redes familiares, por ejemplo para las personas LGBTQ+, a las que la sociedad las ha discriminado tanto que creen que no tienen derechos”.*

*Federico, de la Fundación 26 de Diciembre.*





Al mismo tiempo, la labor de proporcionar cuidados paliativos domiciliarios se produjo sin los recursos necesarios.

“*A menudo durante la pandemia ha sido la atención primaria la que ha tenido que acompañar y sedar a pacientes terminales. Al principio no teníamos ni medicación suficiente para garantizar una muerte digna a los pacientes. Se solicitó disponer de oxígeno en atención primaria para ofrecérselo a personas mayores pluripatológicas que estaban con bajas saturaciones de oxígeno pero que no querían ingresar en el hospital por miedo a infectarse. Y no nos servían el oxígeno a tiempo*”.

Mar Rodríguez Gimena, médica de Madrid.

## OBLIGACIONES DE ESPAÑA EN MATERIA DEL DERECHO A LA SALUD

*España ha firmado y ratificado numerosos tratados internacionales por los que está obligada a respetar, proteger y cumplir el derecho a la salud. Entre ellos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, la Convención sobre los Derechos del Niño, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y, recientemente, la Carta Social Europea Revisada.*

*El derecho a la salud exige que haya un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención sanitaria, que éstos sean accesibles para todas las personas, sin discriminación alguna, tanto en el sentido físico como económico (asequibilidad) y de acceso a la información, que sean aceptables para todas las personas, es decir, que respeten la ética médica y que sean culturalmente adecuados y de buena calidad.<sup>145</sup>*

*Entre las medidas que España debe adoptar para asegurar la plena efectividad del derecho a la salud están la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, así como la lucha contra ellas y la creación de condiciones que aseguren a todas las personas asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad.<sup>146</sup>*

*El derecho a la salud también comprende el acceso a la información, el derecho de solicitar, recibir y difundir información y sugerencias acerca de las cuestiones relacionadas con la salud y los servicios relacionados con la salud.<sup>147</sup>*

145 Comité DESC de Naciones Unidas. Observación General n° núm. 14.: “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”. E/C.12/2000/4. Párrafo 12. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?file=fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451>

146 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Artículo 12. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>

147 Comité DESC de Naciones Unidas. Observación General n° núm. 14.: “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”. E/C.12/2000/4, párrafo 12.

La Constitución española protege el derecho a la salud en su artículo 43, que dispone el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y establece que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Asimismo, la Ley 14/1986 General de Salud regula todas las acciones que permiten hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, incluido el derecho a la información sobre los servicios sanitarios, y confiere a la atención primaria las características de máxima proximidad y accesibilidad para la ciudadanía.<sup>148</sup> Por su parte, la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud establece el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las administraciones públicas sanitarias, con la finalidad de que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud.<sup>149</sup>

## 4.2. DISCRIMINACIÓN EN EL ACCESO AL DERECHO A LA SALUD

“En marzo todo desaparece excepto la epidemia. Todo lo que no es COVID-19 pasa a un segundo plano: o se ignora o se aparta o se retrasa”.

Rosa Urbanos, experta en economía de la salud

El modelo de gestión en la atención primaria orientado a la pandemia y sin un refuerzo de recursos adecuado ha tenido un mayor impacto en los grupos más vulnerables, como las personas mayores, las personas con enfermedades crónicas y las personas con enfermedades de salud mental, cuyas necesidades de salud palidecieron ante la urgencia de frenar la infección.

“Lo urgente se come a lo crónico”.

Núria Gispert, médica de Girona.

“Ahora todo es COVID-19. Si antes estábamos muy ocupados sin COVID, ahora dedicamos el 90% a ver COVID-19, pero ¿dónde está el resto?”

Francisco Angora, médico de Ciudad Real.

148 Ver: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>

149 Ver: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>

Asimismo, las personas inmigrantes en situación administrativa irregular han visto cómo se han incrementado las barreras de acceso al sistema público de salud durante la pandemia. Finalmente, las mujeres, que forman el grueso de las personas cuidadoras en el ámbito doméstico, han sufrido el impacto de la sobrecarga de cuidados de las personas enfermas, ante una atención primaria saturada que, además, podría no tener la capacidad para identificar a una parte de las mujeres víctimas de violencia de género.

Amnistía Internacional considera que el derecho a la salud y las necesidades especiales de estos grupos no fueron tenidos en cuenta ni integrados adecuadamente en el diseño de la respuesta a la pandemia. Las autoridades no tuvieron como objetivo discriminar de manera directa a estos grupos de población en el acceso a la atención sanitaria; sin embargo, el planteamiento de la gestión sanitaria, orientado principalmente a la gestión de la COVID-19, y la falta de medidas de refuerzo del sistema de atención primaria han derivado en una discriminación indirecta de las personas con patologías no COVID, con más necesidades de salud y mayor dependencia del sistema sanitario.

### 4.2.1. LAS PERSONAS MAYORES

“*Nos sentimos muy discriminados. Vivimos en una sociedad que no se ocupa de las personas mayores, somos consideradas como trastos que se apartan. No todas las personas mayores saben pedir cita telefónica. Personas que llaman al teléfono y que no se lo cogen, en un mundo tecnológico que se les escapa, sin trato directo con sus médicos, gente que está sola en casa, aislada y deprimida, y se encuentra en una situación desesperada. Lo desconocido para una persona mayor es mucho más impactante que para una persona joven, y el sentirse desatendido no es bueno para la salud. Por suerte o por desgracia, todo el mundo llegará a ser mayor. El Gobierno nos tenía que haber preguntado qué necesitamos, nos tratan como criaturas y ellos como padres, pero tenemos opiniones y muy válidas. Tenían que haber hablado más con sus mayores, con sus abuelos. Por esa discriminación nosotros salimos a la calle a protestar”.*

*Amparo y Juan, del movimiento Yayoflautas*

Las personas mayores, que representan la mayoría de las visitas a atención primaria, han sufrido de modo especial debido a su necesidad de cuidados y seguimiento. En España hay más de 8,5 millones de personas mayores de 65 años. En Cataluña son el 19,22% del total de la población, en la Comunidad de Madrid el 17,98% y en Castilla-La Mancha el 19,08%.<sup>150</sup> Del total de personas mayores de 65 años, más de dos millones residen solas<sup>151</sup> y casi un 40% sufren soledad no deseada.<sup>152</sup> Entre los mayores de 65 años, la media de personas dependientes es de un 28,7%<sup>153</sup> y el 70% tiene enfermedades crónicas con una media de cuatro dolencias por persona.<sup>154</sup> Por otra parte, las mujeres son más longevas que los hombres. Entre

150 Instituto Nacional de Estadística. Indicadores de estructura de población, 2020. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1451>

151 Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Continua de Hogares (ECH) 2019. Disponible en: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176952&menu=ultiDatos&idp=1254735572981](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176952&menu=ultiDatos&idp=1254735572981)

152 Javier Lezaun, Javier & Amaya Sarasola, Amaya & Sonia Chamorro, Sonia & Pinazo-Hernandis, Sacramento & Canals, Susanna & Talavera, Cristina. (2018). et al.: “El reto de la soledad en la vejez”, Zerbitzuan. 2018; 66: 61-75. (10.5569/1134-7147.66.05). Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/328357362\\_El\\_reto\\_de\\_la\\_soledad\\_en\\_la\\_vejez](https://www.researchgate.net/publication/328357362_El_reto_de_la_soledad_en_la_vejez)

153 Ministerio Sanidad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2018, publicado en 2019 . Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>

1999 y 2019, la esperanza de vida de los hombres ha pasado de 75,4 a 80,9 años y la de las mujeres de 82,3 a 86,2 años,<sup>155</sup> lo que implica más demanda de servicios de salud por parte de las mujeres mayores.

Además de la falta de recursos suficientes en la atención primaria, las personas mayores han contado con barreras adicionales, como la dificultad para adaptarse al modelo de atención telefónica –agravándose en ocasiones por dificultades auditivas– o al sistema de citas por internet, por la brecha digital que existe en este sector de la población. En España, casi la mitad de las personas entre 65 y 74 años que utilizan internet cuentan con habilidades digitales bajas,<sup>156</sup> y el 76,6% de las personas mayores de 74 años no utilizan internet de forma frecuente.<sup>157</sup>

Por su parte, el Ministerio de Sanidad destacó la vulnerabilidad de las personas mayores durante la pandemia, subrayando la preocupación por la paralización durante el estado de alarma de los trámites de las ayudas a domicilio y las valoraciones relacionadas con las ayudas a la dependencia, así como, en algunos casos, la fragmentación y la desconexión entre los servicios de salud y los sociales y las dificultades para adquirir comida o medicamentos por parte de este sector de la población.<sup>158</sup>

“*El manejo integral de los cuidados de las personas mayores, que sobre todo llevaban las enfermeras, se cerró completamente con el COVID. Les dejamos aparte. Les dejamos solos. Con patologías muy serias, solos, que se descompensaban de manera muy rápida. Las cuidadoras nos llamaban continuamente para preguntarnos qué hacían*”.

*Alda Recas, presidenta de la Asociación Madrileña de Enfermería Independiente.*

La situación que vivieron Luisa y Dolors, que a continuación contamos, son solo un ejemplo de la angustia y el dolor que han sufrido algunas personas mayores y sus familiares.

---

154 Ver: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/las-enfermedades-cronicas-motivan-el-80-de-las-consultas-de-atencion-primaria>

155 Instituto Nacional de Estadística. Indicadores de esperanza de vida. Disponible en: [https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout)

156 Ver: <https://www.bbva.com/es/la-brecha-digital-que-desconecta-a-nuestros-mayores-en-la-crisis-del-coronavirus/amp/>

157 Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares. Octubre de 2019. Disponible en: [https://www.ine.es/prensa/tich\\_2019.pdf](https://www.ine.es/prensa/tich_2019.pdf)

158 Ministerio de Sanidad: “Equidad en Salud y COVID-19. Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales”. Octubre de 2020. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19\\_Equidad\\_en\\_salud\\_y\\_COVID-19.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Equidad_en_salud_y_COVID-19.pdf)

## **LUISA, (NOMBRE FICTICIO), 77 AÑOS, DE CASTILLA-LA MANCHA**

*Antes no tenía dificultades al ir al médico. Si no me encontraba bien, pedía cita y me veían. Ahora no, ahora no te atienden. Mi marido murió el 24 de marzo de COVID-19 y yo también lo tuve. Yo estuve sin salir de casa. En el tiempo en el que estuve mala en casa, no me llamaron ni un día. Yo le dije al médico que me seguía sin encontrar bien y le conté que me mareé y me caí. Me dijeron que era el estrés por lo que había pasado, lo de mi marido, que había estado sola y mala. En siete meses, desde que mi marido murió, el médico solo me ha visto una vez. En septiembre la enfermera me hizo un chequeo y en los análisis me salió el potasio y el azúcar alto. Y en octubre yo me encontraba mal. Tú llamas al centro pero no te cogen el teléfono, tienes que ir al centro, y ahí te dan para cinco o seis días para que te llamen por teléfono. Hay cosas que no se ven por teléfono. Yo le dije al médico que había perdido 14 kilos sin haber hecho régimen y me dijo que me iba a repetir los análisis. Llamé otra vez y me dieron los resultados de los análisis, me dijo que todo bien, y yo le quería preguntar y él me contestó con prisa que todo bien y me colgó. También tengo arritmias, tomo un medicamento pero para eso no necesito control. Mi hermano es diabético y él tiene tiras y me las pone a veces para controlarme el azúcar. Yo voy saliendo ahora del hoyo. Es muy fuerte lo que me pasó, mi marido se murió, no pude verle, caí mala, lo pasé en mi casa. Y ahora no lo estoy pasando muy bien porque estoy sola. Tengo a mis hijas que vienen, y gracias a una de ellas que vino para que comiera porque yo no quería comer. La queja que yo tengo es que no nos ven. No me siento bien con esa forma de atender, un médico tiene que ver al paciente, ahora no te ven la cara, los brazos, las manos. En esta situación yo querría ver a mi médico para poder explicarle lo que me pasa, porque por teléfono a veces se te olvidan las cosas. Quiero que mi médico me cuide.*

## **DOLORS, RESIDENTE EN UN PUEBLO DE CATALUÑA**

*Mi madre tiene 87 años, y desde la pandemia siento que está abandonada, no la han visitado más. Supongo que no llegan a todo, nadie tiene la culpa, y hay que ser comprensiva, pero un mínimo. La enfermera le hace el control del sintrón y ya está, pero no la visitan, y mi madre tiene azúcar, hipertensión. La hipertensión y el azúcar nos dicen que lo miremos nosotras. Nos dieron un aparato de presión y azúcar y vamos vigilando, pero yo no soy enfermera. A mi madre las citas se las pedimos nosotras. No se tiene en cuenta que la gente se hace mayor. Llega un momento que si no tienes ayuda no puedes, ellos te obligan a dar un móvil pero mi madre no tiene un móvil. El sistema se tiene que adaptar a la persona, no a lo que se quiere que las personas hagan. Sientes impotencia. En plena crisis de la pandemia, mi hermana y yo decíamos: "Si mamá se pone mala ¿qué hacemos? No vendrá nadie, ni la atenderán".*

Las personas mayores institucionalizadas en residencias son probablemente las más damnificadas por la pandemia. La situación sufrida por este colectivo ya ha sido denunciada por Amnistía Internacional en el marco de otra investigación.<sup>159</sup>

La OMS ha señalado en numerosas ocasiones la necesidad de poner el foco en las personas mayores y reconocer su derecho a una atención sanitaria digna, por su particular vulnerabilidad.<sup>160</sup> Asimismo, el Comité DESC ha reafirmado la importancia de un enfoque integral de la salud que abarque diversos servicios para garantizar que las personas mayores puedan disfrutar del ejercicio efectivo de su derecho a la salud.<sup>161</sup>

Durante la pandemia, el secretario general de las Naciones Unidas señaló que la concentración de los recursos sanitarios en la COVID-19 podía marginar a las personas de edad y dificultar su acceso a los servicios sanitarios. También destacó que la escasez de personal en los sistemas sanitarios interrumpía la prestación de atención sanitaria y afectaba directamente a las personas de edad, aumentando su aislamiento, y subrayó que las mujeres resultaban más afectadas, ya que están sobrerrepresentadas en el grupo de población de personas mayores y, además, suelen ejercer de cuidadoras de otras personas mayores, por lo que corrían un riesgo mayor de contraer el virus. Ante esta situación, instó al fortalecimiento de los sistemas de salud.<sup>162</sup> Por su parte, la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad recomendó a los Estados adoptar y aplicar políticas o estrategias nacionales de salud y planes de acción basados en la evaluación de las necesidades de las personas de edad, realizadas en consulta y asegurando su participación, con el fin de lograr la plena realización del derecho a la salud.<sup>163</sup>

## 4.2.2. PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS



*“Se espera otra ola de efecto de la pandemia que será la del impacto en la desatención a los pacientes crónicos. No podemos saber la magnitud porque eso no ha ocurrido antes”.*

*Alda Recas, presidenta de la Asociación Madrileña de Enfermería Independiente*

La falta de recursos y el incremento de la sobrecarga asistencial han provocado un deterioro en el seguimiento de los y las pacientes con enfermedades crónicas. Organizaciones médicas, como la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, han denunciado que los pacientes crónicos y/o pluripatológicos han estado confinados sin un seguimiento médico estrecho, primero por la vigencia del estado de alarma y después por un sistema orientado principalmente hacia la atención de pacientes COVID, pese a los esfuerzos realizados por el personal de atención primaria.<sup>164</sup>

159 Amnistía Internacional: “Abandonadas a su suerte. La desprotección y discriminación de las personas mayores en residencias durante la pandemia COVID-19 en España”. Diciembre de 2020. Disponible en: [https://doc.es.amnesty.org/ms-opac/search?fq=msstored\\_fld99&fv=\\*&doc-return=search&advanced=true&mandatoryTerms=&mandatoryPhrase=&optionalTerms=&prohibitedTerms=&fq=mssearch\\_geographics&fv=&msstored\\_mltgeographics=&fq=mssearch\\_materials&fv=&msstored\\_materials=&fq=mssearch\\_doctype&fv=\\*&fq=mssearch\\_typology&fv=\\*&dateFrom=&dateTo=&fq=mssearch\\_fld13&fv=EUR41800020](https://doc.es.amnesty.org/ms-opac/search?fq=msstored_fld99&fv=*&doc-return=search&advanced=true&mandatoryTerms=&mandatoryPhrase=&optionalTerms=&prohibitedTerms=&fq=mssearch_geographics&fv=&msstored_mltgeographics=&fq=mssearch_materials&fv=&msstored_materials=&fq=mssearch_doctype&fv=*&fq=mssearch_typology&fv=*&dateFrom=&dateTo=&fq=mssearch_fld13&fv=EUR41800020)

160 OMS. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud, 2015. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1)

161 Comité DESC. Observación general 14 y observación general 6.

162 Naciones Unidas: “Informe de políticas: Los efectos de la COVID-19 en las personas de edad”. Mayo de 2020. Disponible en: [https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/old\\_persons\\_spanish.pdf](https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/old_persons_spanish.pdf)

163 Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad: “Impacto de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad”. Julio de 2020. A/75/205. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/75/205>





164 Ver: <https://www.semfcy.es/prensa/cronica-de-una-muerte-anunciada/>



Las personas con enfermedades crónicas representan el 80% de las consultas de la atención primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios.<sup>165</sup> Respecto a tres de las enfermedades crónicas con mayor incidencia en España —tensión alta, artrosis y diabetes—, en las tres comunidades autónomas estudiadas el porcentaje de población que las padece oscila entre un 19 y un 22% para la tensión alta, entre un 15 y un 20% para la artrosis y entre un 7 y un 7,5% para la diabetes.<sup>166</sup>

La atención primaria tiene una función primordial en la prevención y el seguimiento de las enfermedades crónicas.<sup>167</sup> Los y las pacientes acuden a las consultas para revisar la medicación, realizar analíticas, evaluar el control de la enfermedad y obtener los consejos adecuados para el manejo de la enfermedad. La continuidad asistencial es un aspecto crucial en el seguimiento de las y los pacientes, especialmente en las transiciones de pacientes en situación de cronicidad por el sistema sanitario y social.<sup>168</sup>

*La Plataforma de pacientes realizó una encuesta a personas con enfermedades crónicas en relación al acceso a la atención sanitaria durante la pandemia y destacó los siguientes datos:*

-  *Al 69% le cancelaron diversas consultas programadas antes de la crisis por COVID-19, entre las que se encontraban consultas hospitalarias (46,3%), del hospital de día (3,4%) y de atención primaria (19,3%).*
-  *Solo el 25,3% de las personas a las que se les cancelaron tuvieron acceso a dichas consultas una vez finalizado el confinamiento. En el caso del 74,7% restante, el seguimiento fue realizado por teléfono (54,3%), correo electrónico (16,1%) o a través de teleasistencia (2,5%). Únicamente en el 1,8% de los casos algún profesional sanitario se trasladó al domicilio del paciente.*
-  *De todas las personas encuestadas a las que se les aplazó una o varias pruebas diagnósticas, solo en el 2,4% de los casos estas se pudieron realizar finalmente en el centro de atención primaria. En el resto de casos se aplazaron hasta nuevo aviso y ningún profesional sanitario se trasladó al domicilio del paciente para adelantar los resultados de las pruebas diagnósticas.*
-  *Con más de la mitad de las personas encuestadas no se había contactado para realizar un seguimiento de su estado de salud y/o anímico durante el estado de alarma. Las que sí fueron contactadas, principalmente fue por el centro de atención primaria (21,5%), seguido del centro hospitalario (18,2%). El 5% de los participantes manifiestan que recibieron un seguimiento de organizaciones de pacientes.<sup>169</sup>*

*La Plataforma ha solicitado potenciar y dotar un modelo de atención primaria y comunitaria que dé respuesta a las necesidades de las personas con enfermedades crónicas.<sup>170</sup>*

*Por su parte, una encuesta realizada por la Associació de Diabetis de Catalunya destacó que más de la mitad de las personas encuestadas con diabetes señalaron como una dificultad el poder acceder a su médico.<sup>171</sup>*

165 Ver: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/las-enfermedades-cronicas-motivan-el-80-de-las-consultas-de-atencion-primaria>

166 Encuesta Nacional de Salud 2017. Publicada en 2018 y disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>

167 Ministerio de Sanidad. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. Abril de 2019.

168 *Ibíd.*

169 Ver: [https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/informe\\_covid19\\_final\\_web\\_ok.pdf](https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/informe_covid19_final_web_ok.pdf)

170 Ver: [https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/informe\\_covid19\\_final\\_web\\_ok.pdf](https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/informe_covid19_final_web_ok.pdf)

171 Ver: <https://adc.cat/es/sin-categorizar/como-afecta-la-pandemia-en-las-personas-con-diabetes/>

Otros movimientos de personas con enfermedades crónicas, como Jóvenes Pensionistas, han denunciado el irreparable daño que la situación de la atención sanitaria ha causado en pacientes crónicos y en personas dependientes,<sup>172</sup> y han pedido la restauración de la normalidad en la atención sanitaria.<sup>173</sup>

Por su parte, el Ministerio de Sanidad reconoció a las personas con enfermedades crónicas como grupo en situación de vulnerabilidad, la cual se agravaba según la situación socioeconómica. El Ministerio recomendó establecer mecanismos para la atención específica y segura de pacientes con patologías crónicas y diagnósticos de trastornos de salud mental, así como de pacientes de alta complejidad, tanto de forma presencial como telemática.<sup>174</sup>

Asimismo, el Plan de respuesta temprana adoptado en julio por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud destacó la necesidad de que se establecieran mecanismos para la adecuada atención y continuidad de cuidados de pacientes con patologías crónicas y reactivación de las consultas a domicilio.<sup>175</sup>

Sin embargo, el refuerzo asistencial no ha sido suficiente para implementar estas recomendaciones. En Cataluña, un miembro de la Consejería de Sanidad reconoció a Amnistía Internacional la “preocupación” por la situación de acceso de las personas con enfermedades crónicas al sistema sanitario.<sup>176</sup> Y un representante del Institut Català de la Salut manifestó que existía un Plan de recuperación de la atención de los pacientes crónicos que consistía en realizar seguimiento telefónico a los y las enfermas.<sup>177</sup> A su vez, la consejería de sanidad de Castilla-La Mancha afirma haber establecido en agosto una unidad de seguimiento telefónico de personas con enfermedades crónicas, destinada a realizar seguimiento de la situación de personas con enfermedad crónica y vulnerables.<sup>178</sup>

Amnistía Internacional ha podido comprobar el impacto y el daño que la gestión sanitaria durante la pandemia ha causado en personas con enfermedades crónicas, refiriendo algunas de ellas un empeoramiento de su salud.

---

172 Jóvenes pensionistas por la defensa del sistema público de pensiones. Nota de prensa: “Atención a enfermos crónicos ya”.

173 Ver: <https://oncolliga.cat/2020/10/19/la-fecec-reclama-restablir-la-normalitat-en-latencio-oncologica-aixi-com-en-els-programes-de-cribratge-del-cancer-i-de-diagnostic-rapid/>

174 Ministerio de Sanidad: “Equidad en Salud y COVID-19. Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales”. Octubre de 2020. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19\\_Equidad\\_en\\_salud\\_y\\_COVID-19.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Equidad_en_salud_y_COVID-19.pdf)

175 Plan de respuesta temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5007>

176 Entrevista realizada en octubre de 2020.

177 Entrevista realizada el 9 de diciembre de 2020.

178 Información facilitada por la consejería de sanidad de Castilla-La Mancha a Amnistía Internacional



## MARÍA ÁNGELES, 42 AÑOS, DE MADRID, PORTAVOZ DE JÓVENES PENSIONISTAS

*Yo tengo varias enfermedades: endometriosis, fatiga crónica, fibromialgia, síndrome de sensibilidad central, una lesión irreversible por cirugía que me dejó problemas en la columna y la pierna derecha, y no tengo vesícula. A los crónicos nos decían que no acudiéramos al centro y hemos aguantado más de lo que deberíamos. Yo normalmente tengo que acudir a mi centro de salud una vez al mes. Mi centro médico ha sido uno de los más afectados por el COVID y ha habido muchas bajas de médicos. Y hay mucha rotación de médicos. Han estado atendiendo dos médicos de manera presencial y cada vez te atiende uno, y por teléfono, cada vez te lo coge una persona diferente. Los pacientes crónicos queremos que nos atienda nuestro médico habitual. Llegamos en peores condiciones porque no hemos ido al médico antes y tenemos muchas cosas que contar, y si no conocen nuestro historial es eterno, te tiras mucho tiempo contando tu historia y antes no les da tiempo a leer tu historial. Y luego, con la atención telefónica, los síntomas se pueden confundir si no tienes exploración. Las enfermedades crónicas son un tiovivo y vemos a muchos especialistas. El médico de atención primaria es importante porque nos coordina todo y nos regula los tratamientos porque tenemos desajustes grandes por falta de control. Yo he dejado de ir al médico porque me cansa contarle mi historia a una persona distinta cada vez. Cinco minutos y con personas diferentes. Eso no me ayuda. Pero tampoco me ha llamado nadie.*

La OMS ha alertado de que durante la pandemia muchas personas que necesitaban tratamiento para el cáncer, enfermedades cardiovasculares y diabetes no recibieron los cuidados y las medicinas que precisaban. Consideró como vital que los países encontraran maneras innovadoras de garantizar que los servicios esenciales para las enfermedades crónicas continuaran, aunque al mismo tiempo se estuviera combatiendo la COVID-19,<sup>179</sup> y recientemente, en septiembre de 2020, ha advertido de las trágicas consecuencias para las personas con enfermedades crónicas si no se reconducía la atención.<sup>180</sup>

### 4.2.3. LAS PERSONAS INMIGRANTES

Las personas inmigrantes en situación irregular y las personas reagrupadas legalmente con familiares residentes en España han visto incrementadas sus barreras de acceso al sistema sanitario. Barreras que tienen que ver con una legislación estatal que no garantiza la universalidad, medidas autonómicas insuficientes y limitaciones específicas del nuevo modelo asistencial para quienes no dominan el idioma y tienen que acceder a la atención sanitaria vía telefónica.

---

179 OMS: “La pandemia de coronavirus interrumpe los tratamientos contra el cáncer y otras enfermedades crónicas”. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2020/06/1475312>

180 Declaraciones del director general de la OMS, Tedros Adhanom, en septiembre de 2020. Disponible en: <https://news.un.org/en/story/2020/09/1071732>

El Real Decreto-Ley 7/2018<sup>181</sup> no restituyó por completo la universalidad del derecho a la salud quebrada por el Real Decreto-Ley 16/2012, cuya adopción fue considerada como una vulneración de derechos por diversos mecanismos internacionales de protección de derechos humanos.<sup>182</sup> El Real Decreto-Ley 7/2018 no incluye específicamente el derecho a la atención sanitaria en todo momento de las personas en situación de mayor vulnerabilidad –mujeres embarazadas, menores de 18 años, víctimas de trata, personas solicitantes de protección internacional y personas que requieran atención de urgencias–, ni tampoco garantiza la atención sanitaria a las personas reagrupadas legalmente con familiares residentes en España. Asimismo, la redacción ambigua de la norma ha dado lugar a interpretaciones restrictivas de la misma por parte de algunas Comunidades Autónomas y algunos centros de salud, que consideran que todas las personas necesitan una antigüedad de tres meses de estancia en España antes de acceder a la atención sanitaria, a pesar de que la norma no exige esa condición.<sup>183</sup>

“*Hemos tenido el caso de un niño nacido en Madrid al que se le pedían seis meses de estancia previa para poderle dar de alta porque le consideran en estancia temporal. Es el absurdo de la exclusión, que va más allá de la norma*”.

*Nacho Revuelta, médico en Madrid y miembro de Yo Sí Sanidad Universal.*

El Relator Especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos incluyó en su reciente informe de la visita a España que el Gobierno había reconocido el problema de la falta de universalidad en el acceso al derecho a la salud.<sup>184</sup> Las autoridades han anunciado un próximo Anteproyecto de Ley con medidas para la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud (SNS).<sup>185</sup> Amnistía Internacional ha presentado junto con REDER y Yo Sí Sanidad Universal recomendaciones para que la nueva norma garantice la universalidad de la atención sanitaria.<sup>186</sup>

---

181 Ver: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-10752>

182 Comité DESC, Examen de los informes presentados por los Estados Parte en virtud de los artículos 16 y 17 del Pacto, doc. ONU E/C.12/ESP/CO/5, 6 de junio de 2012, párrafo 19 (en adelante, Comité DESC, 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, párrafos 30 y 31; Comisión Europea contra el Racismo y la Intolerancia, Informe de la ECRI sobre España, 5 de diciembre de 2017, párrafo 80. Ver, asimismo, 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), y Amnistía Internacional España: “El laberinto de la exclusión sanitaria. Vulneraciones del derecho a la salud en las Islas Baleares” (EUR4160013).

183 “España: El nuevo Real Decreto-Ley sobre sanidad, un paso adecuado hacia la universalidad”, julio de 2018. Disponible en: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/noticias/noticia/articulo/espana-el-nuevo-real-decreto-ley-sobre-sanidad-un-paso-adecuado-hacia-la-universalidad/> Amnistía Internacional, Yo Sí Sanidad Universal, Médicos del Mundo y otras organizaciones integradas en la plataforma REDER España: “Cuatro meses después del nuevo decreto sobre sanidad universal se deben abordar sus fallos y ambigüedades”. Noviembre de 2018. Disponible en: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/noticias/noticia/articulo/espana-cuatro-meses-despues-del-nuevo-decreto-sobre-sanidad-universal-se-deben-abordar-sus-fallos-y/>

184 Relator Especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos. Informe sobre la visita a España. Abril de 2020. A/HRC/44/40/Add.2, párrafo 33.

185 Ministerio de Sanidad. Nota de prensa: “Sanidad saca a consulta pública el anteproyecto de ley que incorpora la obligación de evaluar el impacto en la salud de la población en todas las políticas públicas”. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5086>

186 Ver: <https://saludporderecho.org/wp-content/uploads/2020/11/Recomendaciones-al-Anteproyecto-de-Ley-REDER-Yo-S%C3%AD-Sanidad-Universal-y-Amnist%C3%ADa-Internacional-003.pdf>

Un contexto como el de la pandemia hace aún más apremiante garantizar el acceso al derecho a la salud de todas las personas sin discriminación. Sin embargo, las medidas adoptadas por las tres comunidades estudiadas han sido insuficientes para garantizar el acceso de la población inmigrante en situación irregular y el de las personas reagrupadas legalmente con familiares residentes en España.

Castilla-La Mancha adoptó la Orden de 09/02/2016<sup>187</sup> que garantiza el acceso a las personas inmigrantes en situación irregular, pero siguen existiendo barreras administrativas y variabilidad en la aplicación de la norma en los diferentes centros de salud que dificultan el acceso a la atención sanitaria.

“*Una cuidadora inmigrante, que trabaja como interna, vino con síntomas. Fui a registrar en el sistema la petición de PCR y vi que no estaba en el sistema. No le pude hacer la PCR.*”

*Agustina, médica en Castilla-La Mancha.*

En Cataluña, desde el inicio de la pandemia se estableció un sistema on line mediante el cual las personas que cumplieran el requisito de estar empadronadas en un municipio de Cataluña podían solicitar una tarjeta sanitaria individual (TSI) sin necesidad de personarse en el centro de salud.<sup>188</sup>

La Comunidad de Madrid no ha adoptado ninguna normativa que desarrolle el Real Decreto-Ley 7/2018, lo que ha provocado gran variabilidad en la interpretación y aplicación de la norma en los diferentes centros de salud. Al inicio de la pandemia, la Comunidad de Madrid adoptó un sistema a través de un código informático (código DAR), que finalizó con el estado de alarma, dejando a las personas inmigrantes en situación administrativa irregular sin acceso a la atención sanitaria. En julio adoptó una instrucción por la cual se creaba un código COVID con el que podían acceder al sistema, pero únicamente en caso de tener síntomas de la COVID-19 o sospechas. Como consecuencia de todo ello, entidades como Médicos del Mundo y Yo Sí Sanidad Universal han denunciado que la exclusión sanitaria se ha incrementado en Madrid.<sup>189</sup>

Además, ninguna de las tres comunidades ha llevado a cabo campañas de información adecuadas y suficientes del derecho a la salud de las personas inmigrantes.

“*Con la falta de información de las autoridades, tienen miedo, se están aislando más aún. Muchos sienten que no tienen derechos.*”

*Paula, matrona en Madrid.*

Los y las profesionales sanitarios entrevistados por Amnistía Internacional señalan a este colectivo como uno de los más excluidos durante la pandemia, dando como resultado la invisibilización de estas personas para el sistema sanitario.

“*En esta pandemia casi no he visto a inmigrantes.*”

*Médica de Castilla-La Mancha.*

187 Orden de 09/02/2016, de la Consejería de Sanidad, de acceso universal a la atención sanitaria en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. Disponible en: [https://noticias.juridicas.com/base\\_datos/CCAA/569290-orden-sanidad-9-feb-2016-ca-castilla-la-mancha-de-acceso-universal-a-la-atencion.html](https://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/569290-orden-sanidad-9-feb-2016-ca-castilla-la-mancha-de-acceso-universal-a-la-atencion.html)

188 Ver: [https://salut.gencat.cat/pls/rca/rcapktsi\\_COVID.SOLICITAR\\_TSI\\_FORM?P\\_IDIOMA=ESP](https://salut.gencat.cat/pls/rca/rcapktsi_COVID.SOLICITAR_TSI_FORM?P_IDIOMA=ESP)

189 Ver: [https://www.eldiario.es/desalambre/exclusion-sanitaria-migrantes-aumenta-madrid-durante-pandemia-medicos-mundo-detecta-167-casos-marzo\\_1\\_6268895.html](https://www.eldiario.es/desalambre/exclusion-sanitaria-migrantes-aumenta-madrid-durante-pandemia-medicos-mundo-detecta-167-casos-marzo_1_6268895.html)

“Estamos atendiendo mal, se están quedando atrás inmigrantes, muchos. No están apenas viniendo para nada. El otro día vino una mujer con un problema de acumulación de líquidos por insuficiencia cardíaca, pero vino en un estado muy deteriorado”.

Maria Luz, enfermera de Caldes de Montbui, Barcelona.

“Ahora, al haber disminuido brutalmente la accesibilidad a los centros de salud para todo el mundo, la exclusión sanitaria que ya existía no solo es mucho más dramática sino más invisible”.

Clara, médica de Madrid.

“Brecha digital no solo es tener o no internet o un teléfono. Hablar por teléfono no es fácil. Si tienes un problema de expresión o de nivel cultural o de idioma, la brecha es más brutal. Y eso puede llevar a errores clínicos que tienen como fuente la falta de entendimiento de lo que te está contando el paciente”.

Sergio Minué, médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Las personas que han compartido su testimonio con Amnistía Internacional muestran la incertidumbre y la angustia que provoca la exclusión sanitaria.

## TEMPORERO EN ALBACETE

Llegué de Mali hace un año. No tengo trabajo, no tengo nada. Mi familia está en Mali, tengo cinco hijos. Uno de mis hijos y mi padre murieron en un campo de minas. He venido a España a trabajar, a mejorar mi vida. Antes del COVID teníamos un sitio donde dormir en una nave abandonada. Estábamos unos 30 o 40. Cuando llegó el COVID nos mandaron a un recinto donde estuvimos unos 400. Luego fuimos a otro centro. Yo tuve COVID. A las personas que dimos positivo nos apartaron y nos controlaron. En septiembre vinieron unas personas y nos dijeron que nos teníamos que ir de allí. Les preguntamos que adónde, porque no teníamos otro sitio. Nos dijeron que sin papeles no teníamos derechos. Al final nos dejaron quedarnos allí un mes más. Pero luego nos echaron y ahora vivimos en descampados, sin nada, ni agua, ni baños. Tenemos comida por los vecinos. Desde que salí, no hemos vuelto a ver médicos. Nadie me ha dicho si me pongo malo qué tengo que hacer. Tengo un amigo que fue al hospital porque estaba malo y no podía dormir del dolor y le echaron porque no tenía papeles. Me siento maltratado y no puedo hacer nada. ¿Y si nos pasa algo? ¿Qué va a pasar? ¿Nos curamos entre nosotros? Mi familia está esperando mi ayuda y esto me quita el sueño, saber que mis hijos me necesitan y que no puedo hacer nada. Todo lo que pedimos es que nos traten bien, que nos ayuden.

## GLADYS, MUJER DE ORIGEN PERUANO

*Yo soy peruana y llevo más de diez años en España. En 2014 traje a mi madre y a mi hija de manera legal, ellas tienen la tarjeta de residencia. En el centro de salud me dieron un resguardo de la tarjeta de sanidad pero luego me lo quitaron. Me dijeron que mi madre no tenía derecho a la atención sanitaria. No me cabía en la cabeza, es que no hay forma de expresarlo. Mi madre quería volver a Perú porque era mayor y no tenía acceso al médico. Gracias al movimiento Yo Sí Sanidad Universal, un año después, consiguieron que mi madre tuviese acceso a través de un código informático (DAR), pero le daban de alta y de baja cada tres o seis meses. En marzo, mi madre ingresó por COVID-19 y vimos que no estaba registrada en el sistema. Me decían que fuera al Instituto Nacional de la Seguridad Social. Pero ¿cómo me van a dar una cita en pleno confinamiento? La asistente social del hospital me dijo que firmara un seguro privado para extranjeros y no me dieron ninguna explicación. Nunca me la han dado. Solo Yo Sí me ha ayudado.*

*A los cuatro días de estar ingresada mi madre, me dijeron que me iban a facturar por día y yo me angustié. “¿Por cuánto saldrá esto? ¿Cómo puede ser que mi madre con 81 años, que ha venido legalmente, no tenga derechos?” Mi marido, al mismo tiempo, estaba en la Unidad de Cuidados Intensivos. Fueron días muy duros. Otra asistente social me dijo que lo único que podía hacer era pagar o irme a mi país. Luego me dijeron que mi madre había entrado bajo un código de transeúnte. Mi madre ha estado toda la pandemia de baja en el sistema, y ahora la han metido porque Yo Sí Sanidad Universal me ha ayudado. Mi madre se siente impotente. Cuando se dice que nuestros mayores están primero, ¿dónde? A diario no se ven esas cosas. La pena es la poca presión que hay para que la sanidad sea para todas las personas. Yo soy una persona luchadora, y sigo y seguiré luchando.*

La Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH), la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), el Alto Comisionado para los Refugiados (ACNUR) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han destacado que la pandemia solo puede controlarse si existe un enfoque inclusivo que proteja los derechos de toda persona a la vida y la salud. Subrayaron que es vital que todas las personas, incluidas todas las migrantes y refugiadas, tengan garantizado el mismo acceso a los servicios de salud y se incluyan efectivamente en las respuestas nacionales a la COVID-19. A su vez, recomiendan a los Estados que su enfoque principal debe ser el de la preservación de la vida, independientemente del estatus de cada persona.<sup>190</sup> Por su parte, el Relator Especial sobre el derecho al más alto nivel de salud también ha reiterado la necesidad de que los Estados hagan efectiva la universalidad de la atención sanitaria.<sup>191</sup>

---

190 ACNUDH, OIM, ACNUR y OMS. Comunicado de prensa conjunto: “Los derechos y la salud de las personas refugiadas, migrantes y apátridas deben protegerse en la respuesta al COVID-19”. Disponible en: <https://www.acnur.org/noticias/press/2020/3/5e83b3bf4/los-derechos-y-la-salud-de-las-personas-refugiadas-migrantes-y-apatridas.html>

191 Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe anual. Julio de 2020. Doc. ONU A/75/163, párrafo 15.

## 4.2.4. PERSONAS CON ENFERMEDADES DE SALUD MENTAL

La pandemia de COVID-19 ha agravado los trastornos mentales y ha incrementado el número de nuevos casos. Según el Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), el 65% de la población española manifestó síntomas de ansiedad y cuadros depresivos durante el confinamiento.<sup>192</sup>

Hay estudios que muestran que la propia vivencia de la pandemia, más allá de la infección y la experiencia del confinamiento y demás medidas decretadas, también ha generado problemas de salud mental.<sup>193</sup> Son personas que sufren síntomas desencadenados por situaciones económicas y sociales, incertidumbre laboral, soledad, familias con sobrecarga de cuidados, estrés asociado a la vivencia del confinamiento o miedos de contagio e incertidumbre.<sup>194</sup>

“*Ahora ha habido un aumento de patologías como el malestar emocional, la ansiedad, la depresión en el contexto de una crisis social y económica que ya tenemos encima y, en algunos casos, acrecentado por situaciones de maltrato en el domicilio. Esto ha aumentado después del confinamiento.*”

*Eva Mayor, médica en Barcelona.*

“*Observamos el deterioro personal, gente con trastornos del sueño, del ánimo, gente que no ve a su familia desde hace tiempo, que no sabe si les podrá ver. El daño por haber perdido a alguien y no haber hecho el duelo no se ha puesto de manifiesto, con todo el peso que tiene. Cuando mis pacientes me cuentan sus no despedidas de su gente es terrible, el no poder hacer despedirse de un ser querido, el que te entreguen unas cenizas sin despedida ni duelo... esto es una obligación social para los dolientes, pero no hay psicólogos que los atiendan. Vamos a pagar esto por mucho tiempo. Necesitamos más psicólogos que acompañen el duelo.*”

*María Luisa, médica de Castilla-La Mancha.*

Las barreras de accesibilidad y la ruptura del vínculo médico-paciente han puesto en riesgo el acceso de las personas con problemas de salud mental a una atención sanitaria adecuada, pues, por lo general, precisan de una atención particular, con más tiempo, y orientada a las necesidades y contexto de cada persona.

Las mujeres podrían estar viéndose más afectadas por este incremento de los problemas de salud mental y las barreras en el acceso al sistema sanitario. La última Encuesta Nacional de Salud, publicada en 2018, ponía de relieve que las tasas de ansiedad y depresión entre las mujeres son el doble que en los hombres.<sup>195</sup> Así, en la Comunidad de Madrid y en Cataluña las mujeres representan un 70% de la población mayor de 15 años con ansiedad crónica, y un 73,6% en Castilla-La Mancha.<sup>196</sup>

192 Ver: <https://www.cibersam.es/noticias/el-cibersam-pone-el-foco-en-los-problemas-de-salud-mental-durante-la-pandemia>

193 Betty Pfefferbaum y Carol S. North: “Mental health and the COVID-19 pandemic”, *The New England Journal of Medicine* 2020; 383(6): 510-512.

194 Julio Torales, Marcelo O’Higgins, João Mauricio Castaldelli-Maia et al: “The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health”, *International Journal of Social Psychology* 2020; 66(4): 317-320.

195 Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2017, publicada en 2018. Disponible en: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175)

196 *Ibid.*

La OMS ha alertado de que la pandemia ha perturbado o paralizado los servicios de salud mental esenciales en el 93% de los países del mundo, en un momento en que aumentaba la demanda de atención de salud mental, lo que ha tenido efectos devastadores sobre el acceso a dichos servicios.<sup>197</sup> Por este motivo, recomendó a los Estados asignar recursos a la atención de la salud mental en el marco de sus planes de respuesta y recuperación, e instó a los países a que controlen los cambios y las perturbaciones que se registren en estos servicios, de tal modo que puedan reaccionar cuando sea necesario.<sup>198</sup>

## **4.2.5. MUJERES: LA DESIGUALDAD QUE SE AGRAVA**

La pandemia está teniendo un efecto especialmente perjudicial para las mujeres. En España, según el Fondo Monetario Internacional, las mujeres han resultado ser más vulnerables a los efectos económicos de la pandemia. Alrededor del 29% trabajaban en empleos que se vieron duramente afectados por la crisis de la COVID-19, en comparación con el 21% de los hombres.<sup>199</sup>

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha mostrado su preocupación por las desigualdades agravadas y la discriminación que están sufriendo las mujeres en la crisis actual. Durante la pandemia, el Comité destacó que en gran parte de las profesiones más expuestas al virus la mayoría de la fuerza laboral está compuesta por mujeres, incluidas las que trabajan en la atención sanitaria y las cuidadoras. Debido a la carga del cuidado de los menores y familiares enfermos, y con mayores en casa, están expuestas a un mayor riesgo de contraer la COVID-19.<sup>200</sup>

Las mujeres siguen siendo el pilar de la prestación de cuidados domésticos y de la vigilancia de la salud familiar, y los datos indican que frecuentan más los servicios de atención primaria que los hombres.<sup>201</sup> Las desigualdades de género en los cuidados y el trabajo doméstico se han hecho aún más evidentes en el contexto de la pandemia, lo que supone un alto riesgo de sobrecarga para las mujeres.<sup>202</sup> Al principio del confinamiento, el Fondo Monetario Internacional destacó que en España las mujeres realizaban al menos dos horas más de trabajo doméstico no remunerado que los hombres, y recomendó aumentar el apoyo a las familias y para el cuidado de los niños y promover modalidades de trabajo flexibles para lograr una mayor igualdad de género.<sup>203</sup>

En España, más del 75% de quienes prestan cuidados a personas dependientes son mujeres, sobre todo cuidados de atención personal, como alimentación, aseo o vestido, y que requieren un contacto más estrecho con las personas a las que cuidan.<sup>204</sup> Asimismo, la mayoría de las mujeres contratadas en el sector de los cuidados son extranjeras,<sup>205</sup> añadiéndose otro factor de discriminación.

En el ámbito de los cuidados informales, las mujeres representan el 58% en Castilla-La Mancha, el 55,7% en Cataluña y el 56,7% en la Comunidad de Madrid.<sup>206</sup>

Hay estudios que muestran que las mujeres perciben un deterioro de su salud como consecuencia de cuidar a otras personas,<sup>207</sup> y otros análisis atribuyen al cuidado informal un impacto en la salud tanto física como mental de quienes asumen este rol, que en su mayoría son mujeres.<sup>208</sup>

Por otra parte, es necesario destacar que los factores de vulnerabilidad de las mujeres se potencian entre sí.<sup>209</sup> Por lo que las mujeres migrantes mayores con enfermedades crónicas, con contratos precarios y dificultades económicas han sufrido un mayor impacto.<sup>210</sup> Estas mujeres han sumado varios de los ejes de desigualdad, han estado particularmente expuestas al riesgo de infección y han sufrido las barreras de acceso a la atención sanitaria.

---

197 Ver: <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>

198 Ver: <https://www.who.int/publications/i/item/978924012455>



*“La salud de las mujeres cuidadoras se ha visto perjudicada por la pandemia. En el hospital que se preparó en IFEMA vi que más del 60% de las mujeres que llegaban eran cuidadoras inmigrantes que se habían enfermado por falta de materiales de protección para seguir atendiendo a los mayores en sus domicilios. A su vez han sido vectores de transmisión a sus familias, puesto que sus viviendas no siempre permitían realizar el aislamiento”.*

*Mar Rodríguez Gimena, médica y experta en género y salud.*

## RELATOS DEL PERSONAL SANITARIO SOBRE EL IMPACTO DE LA CRISIS EN LAS MUJERES

*“Las cuidadoras son mujeres. He visto muchas hijas cuidadoras de personas mayores, han hecho todo lo que han podido por no llevarlos al hospital y ha sido una sobrecarga brutal. Cuidadoras de sus madres que han salido todas adelante. En muchas consultas las mujeres vienen con dolores de cabeza, de manos, y sabes que en algunos casos hay cuestiones no físicas detrás de ese malestar y la pregunta clave es: ‘¿Cuánto tienes hoy para comer?’, y hay mujeres que solo tienen ocho euros para comer. ¿Cómo no le van a doler las manos? Ahora se nota más, porque todo lo social se ha agravado, siempre ha pasado pero ha ido a peor. Las cuidadoras están mal, psicológicamente mal, por una sobrecarga muy grande”, señala una médica de Castilla-La Mancha.*

- 199 Fondo Monetario Internacional. Cinco gráficos sobre la economía española y respuesta de España a la COVID-19, por Nicolás Arregui, Lucy Liu y William Oman. Departamento de Europa del FMI. Disponible en: <https://www.imf.org/es/News/Articles/2020/11/12/na111320-five-charts-on-spains-economy-and-response-to-covid-19>
- 200 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Nota con orientaciones: CEDAW y COVID-19.
- 201 Rosa María Urbanos Garrido: “Determinantes de salud y utilización de servicios sanitarios: un análisis de desigualdad desde la perspectiva de género”, *Presupuesto y Gasto Público* 2011; 64: 117-130. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=38188>
- 202 Ministerio de Sanidad: “Equidad en Salud y COVID-19. Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales”. Octubre de 2020. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19\\_Equidad\\_en\\_salud\\_y\\_COVID-19.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Equidad_en_salud_y_COVID-19.pdf)
- 203 Fondo Monetario Internacional. Cinco gráficos sobre la economía española y respuesta de España a la COVID-19, por Nicolás Arregui, Lucy Liu y William Oman. Departamento de Europa del FMI. Disponible en: <https://www.imf.org/es/News/Articles/2020/11/12/na111320-five-charts-on-spains-economy-and-response-to-covid-19>
- 204 Ministerio de Sanidad: “Equidad en Salud y COVID-19. Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales”. Octubre de 2020.
- 205 Ver: [https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS\\_PS/027art08.pdf](https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS_PS/027art08.pdf)
- 206 Encuesta Nacional de Salud 2017. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
- 207 Ver: <https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911111002998>
- 208 María del Río Lozano: “Desigualdades de género en el cuidado informal y su impacto en la salud”, 2014. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=58459>
- 209 Olena Hankivsky y Anuj Kapilashrami: “Intersectionality offers a radical rethinking of COVID-19”, *BMJ Opinion* 2020. Disponible en: <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/05/15/intersectionality-offers-a-radical-rethinking-of-covid-19/>
- 210 Ministerio de Igualdad. Instituto de la Mujer: “La perspectiva de género, esencial en la respuesta a la COVID-19”. Disponible en: [https://www.inmujer.es/disenovovedades/IMPACTO\\_DE\\_GENERO\\_DEL\\_COVID\\_19\\_\(uv\).pdf](https://www.inmujer.es/disenovovedades/IMPACTO_DE_GENERO_DEL_COVID_19_(uv).pdf)





*“La responsabilidad de la atención paliativa recayó en las hijas, en las madres y en las cuidadoras, apoyadas por el profesional sanitario. Pero todo este tejido de dolor ha sido increíble porque han estado solas. Y digo ‘solas’ porque son mujeres. Solas ante la muerte, solas ante el cuidado, solas ante la incertidumbre. Hemos dejado en manos de hijas y de cuidadoras un peso asistencial tan grande, que los problemas psicológicos, de ansiedad, de depresión, de desamparo, que han sentido y que siguen sintiendo ahora son espectaculares. Y eso un gobierno no puede permitirlo. Y se ha permitido”, señala Alda Recas, presidenta de la Asociación Madrileña de Enfermería Independiente.*

*“Hay una parte de la atención que antes desarrollaba el sistema sanitario o social y que ahora recae en las familias. Y si tenemos en cuenta que las mujeres son las principales responsables de los cuidados en los hogares, pues esa carga, si ha habido morbilidad no atendida con agravamiento de condiciones crónicas o aumento de los niveles de dependencia de los convivientes, lo más probable es que haya recaído en las mujeres”, afirma Rosa Urbanos, experta en economía de la salud.*

*“Las mujeres con las que contactas vas viendo cómo el cuidado queda a cargo de ellas, y el trabajo que queda más perjudicado es el de la mujer”, explica Paula, matrona en Madrid.*

*“Veo clarísimo que las mujeres de mi ambulatorio han visto mermado el acceso a la salud. Antes tenían muy fácil contactar conmigo. Ahora el acceso se ha convertido en una odisea. Además, han seguido al cuidado de niños y mayores, son las que tienen los trabajos más precarios y durante el confinamiento obligatorio muchas siguieron trabajando. Ahora estamos viendo, por ejemplo, que en mujeres diabéticas ha habido un empeoramiento en sus controles. También ha habido un aumento de las derivaciones a salud mental. Muchas mujeres de origen sudamericano están viviendo mucha angustia por lo que pasa en sus países”, destaca Carol, médica de Olot, Girona.*

Por otra parte, en España, las mujeres han sufrido un incremento de la violencia de género durante la pandemia. Entre enero y abril de 2020, las llamadas al 016 aumentaron más de un 1.000%, y las consultas on line sobre violencia de género un 67,3%.<sup>211</sup>

En un contexto de pandemia, sin medios suficientes y con un modelo asistencial telefónico, la atención primaria podría no tener la capacidad suficiente para detectar algunos casos de violencia de género ni para dar respuesta a las mujeres que la sufren, cuando es un nivel asistencial idóneo para la detección y abordaje de los casos de violencia de género.<sup>212</sup> Personal sanitario alerta de que la merma en la accesibilidad y la proximidad con las pacientes podría estar teniendo un impacto en la detección de mujeres víctimas de violencia de género.

---

211 Ministerio de Igualdad. Secretaría de Estado de Igualdad y contra la Violencia de Género. Boletín estadístico mensual. Octubre de 2020. Disponible en: [https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/boletines/boletinMensual/2020/docs/BE\\_Octubre\\_2020.pdf](https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/boletines/boletinMensual/2020/docs/BE_Octubre_2020.pdf)

212 Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género, 2007. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>. Ver también: Mireia Sans y Jaume Sellarés: “Detección de la violencia de género en atención primaria”, Revista Española de Medicina Legal 2010; 36(3): 104-109.

“*La violencia de género se ha escondido detrás de la pandemia, ha habido mucha más de la localizada, estoy convencido. La única manera de detectarla es el cara a cara con las personas, es cuando eres capaz de detectar pequeños matices, y eso lo estamos perdiendo con la consulta telefónica*”.

*Raúl Calvo, médico de Castilla-La Mancha.*

“*Estoy segura de que la detección de la violencia de género se ha ido a pique. La atención primaria es una vía muy buena para detectar la violencia*”.

*Blanca Gispert, médica de Barcelona.*

“*La violencia de género sabemos que ha aumentado durante la pandemia. Muchas mujeres han tenido que convivir con su agresor porque no había otra posibilidad ni recursos. Me consta que los servicios de atención telefónica han estado bloqueados y sobrecargados. Queda por estudiar qué ha pasado con la morbilidad, es decir, con las enfermedades desarrolladas por las mujeres que sufren violencia durante este confinamiento*”.

*Mar Rodríguez Gimena, médica de Madrid y experta en género y salud.*

Durante la pandemia, diez órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas,<sup>213</sup> el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer<sup>214</sup> y la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos<sup>215</sup> han instado a los Estados a proteger los derechos de la mujer en sus respuestas a la pandemia de COVID-19.

## NO DISCRIMINACIÓN

*España, como Estado parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, tiene la obligación de garantizar el acceso a la atención de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlos sin discriminación alguna.<sup>216</sup> El Comité DESC ha subrayado la prohibición de toda discriminación por motivos como el estado de salud, situación social, sexo, idioma, origen nacional o posición social que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud.<sup>217</sup> Incluso en situaciones de limitaciones graves de recursos es preciso proteger a los miembros en situación de vulnerabilidad de la sociedad mediante la aprobación de programas especiales.<sup>218</sup> La no discriminación es una*

213 Ver: <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25742&LangID=S>

214 CEDAW: “Call for joint action in the times of the COVID-19 pandemic”, 21 de abril de 2020.

215 Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos: “COVID-19 and women’s human rights: Guidance”. Disponible en: [https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/COVID-19\\_and\\_Womens\\_Human\\_Rights.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/COVID-19_and_Womens_Human_Rights.pdf)

216 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 2, y Comité DESC, Observación general núm. 14 sobre el derecho a la salud.

217 Comité DESC. Observación general núm. 14: “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”.

218 Ibíd.

*obligación inmediata. Por discriminación se entiende toda distinción, exclusión, restricción o preferencia u otro trato diferente que directa o indirectamente se base en los motivos prohibidos de discriminación y que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio en condiciones de igualdad.*<sup>219</sup>

*El Comité DESC ha destacado que la pandemia tiene efectos profundamente negativos en el disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales, y especialmente en el derecho a la salud de los grupos más vulnerables de la sociedad.<sup>220</sup> Si los Estados no actúan dentro del marco de los derechos humanos, existe un riesgo evidente de que las medidas adoptadas vulneren los derechos económicos, sociales y culturales, y aumenten el sufrimiento de los grupos más marginados. Los Estados Parte tienen la obligación de adoptar medidas para evitar esos efectos o, al menos, mitigarlos.<sup>221</sup> Deben adoptar, con carácter urgente, medidas especiales y específicas para proteger y mitigar los efectos de la pandemia en grupos vulnerables como las personas mayores, las personas con discapacidad, los refugiados y las poblaciones afectadas por conflictos, así como las comunidades y los grupos sometidos a discriminación y desventajas estructurales.<sup>222</sup> Por su parte, el Relator Especial sobre el derecho al más alto nivel posible de salud ha destacado en su último informe que, desde un enfoque de la salud basado en los derechos humanos, la desigualdad y la discriminación se reconocen como factores que contribuyen en gran medida a unos resultados sanitarios deficientes. Es imposible brindar una cobertura sanitaria universal o contener una pandemia si se discrimina a diferentes sectores de la sociedad, privándolos de información o servicios.<sup>223</sup> Como han puesto de manifiesto las respuestas frente a la COVID-19, no es posible tutelar los derechos de las personas a menos que se tengan en cuenta las circunstancias de éstas al diseñar las políticas pertinentes. Este ejercicio debe incluir a quienes se encuentran o están en riesgo de encontrarse en una situación de vulnerabilidad, como las personas sin hogar, las personas enfermas, las personas con menos recursos económicos, las personas mayores, las personas dependientes o con discapacidad y las personas inmigrantes y otros sectores de la población cuyos derechos humanos ya se vulneran de formas diversas.<sup>224</sup>*

*A nivel estatal, La Ley 14/1986 General de Sanidad exige que el acceso y las prestaciones sanitarias se realicen en condiciones de igualdad efectiva, corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los Servicios Sanitarios Públicos.<sup>225</sup> Asimismo, la Ley General de Salud Pública de 2011 subraya que las administraciones públicas, en sus actuaciones de salud pública y acciones sobre la salud colectiva, estarán sujetas al principio de equidad, promoviendo “la disminución de las desigualdades sociales en salud”.<sup>226</sup>*

---

219 Comité DESC. Observación general núm. 20: “La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales”. E/C.12/GC/20, 2 de julio de 2009.

220 Comité DESC. Declaración sobre la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) y los derechos económicos, sociales y culturales. Abril de 2020.

221 *Ibíd.*

222 *Ibíd.*

223 Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe anual. Julio de 2020. Doc. ONU A/75/163.

224 *Ibíd.*, párrafo 66.

225 Ver: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>

226 Ley 33/2011, de 4 de octubre de 2011, General de Salud Pública, artículo 3.

### **4.3. NECESIDAD DE EVALUACIÓN DEL EXCESO DE FALLECIMIENTOS**

Según datos del Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria (MoMo), desde el inicio de la pandemia se han registrado cuatro periodos con exceso de mortalidad respecto a la estimación esperable. Durante el primero de ellos, entre el 10 de marzo y el 9 de mayo, se estima que la sobremortalidad fue de 44.563 personas; durante el segundo, entre el 20 de julio y el 29 de agosto, fue de 4704; durante el tercero, entre el 1 de septiembre y el 25 de diciembre fue de 21524, durante el cuarto, entre el 28 de diciembre y el 8 de febrero de 2021 fue de 10817. Así pues, entre marzo de 2020 y febrero de 2021 el exceso de mortalidad ha sido de 81.608.<sup>227</sup>

El 11 de febrero, el Ministerio de Sanidad publicó que 64.217 personas habían fallecido por causas relacionadas con la COVID-19 en España,<sup>228</sup> de las cuales 13.179 en la Comunidad de Madrid, 9.791 en Cataluña y 5.350 en Castilla-La Mancha.<sup>229</sup>

Un estudio de la OMS ha señalado que la pandemia está poniendo a prueba todos los sistemas nacionales de salud, lo que repercute en la prestación y utilización de los servicios de salud esenciales, y subraya que es razonable prever que incluso una modesta interrupción de los servicios de salud esenciales podría dar lugar a un aumento de la morbilidad y la mortalidad por causas distintas de la COVID-19 a corto, medio y largo plazo. El organismo recomendó mejorar la vigilancia en tiempo real de los cambios en la prestación y utilización de los servicios y de los establecimientos sanitarios.<sup>230</sup> Por su parte, el director general de la OMS destacó: “La COVID-19 debería enseñar a todos los países que la salud no consiste en elegir entre una cosa u otra. Debemos prepararnos mejor para las emergencias pero también seguir invirtiendo en sistemas de salud que respondan plenamente a las necesidades de las personas a lo largo de toda la vida”.<sup>231</sup>

Un estudio pionero realizado en el Reino Unido ha advertido de un incremento, a causa de la pandemia, en la mortalidad por distintos cánceres en los próximos cinco años (entre un 7,9 y un 9,6% en el cáncer de mama, entre un 15,3 y un 16,6% en el de colon, entre un 4,8 y un 5,3% en el de pulmón y un 6% en el de esófago).<sup>232</sup> Algunos expertos atribuyen este aumento a las dificultades de diagnóstico y seguimiento adecuados, causadas por la gestión de los servicios sanitarios durante la pandemia.<sup>233</sup> En España, el Grupo Español de Cáncer de Pulmón (GECP), formado por 500 especialistas de todo el país, ha advertido que la crisis sanitaria provocada por la COVID-19 lastrará hasta un 5% la supervivencia en cáncer de pulmón, lo que supondría 1.300 muertes adicionales.<sup>234</sup>

---

227 Datos de exceso de mortalidad: MoMo: [https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Documents/informesMoMo2021/MoMo\\_Situaci%c3%b3n%20a%209%20de%20febrero\\_CNE.pdf](https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Documents/informesMoMo2021/MoMo_Situaci%c3%b3n%20a%209%20de%20febrero_CNE.pdf)

228 [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion\\_310\\_COVID-19.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_310_COVID-19.pdf)

229 *Ibíd.*

230 Ver: <https://www.who.int/es/news/item/31-08-2020-in-who-global-pulse-survey-90-of-countries-report-disruptions-to-essential-health-services-since-covid-19-pandemic>

231 Ver: <https://www.who.int/es/news/item/31-08-2020-in-who-global-pulse-survey-90-of-countries-report-disruptions-to-essential-health-services-since-covid-19-pandemic>

232 Camille Maringe, James Spicer, Melanie Morris et al: “The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study”, *Lancet Oncology* 2020; 21: 1023-1034. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(20\)30388-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(20)30388-0/fulltext)

233 Editorial: “Safeguarding cancer care in a post-COVID-19 world”, *Lancet Oncology* 2020; 21: 603. Disponible en: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanonc/PIIS1470-2045\(20\)30243-6.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanonc/PIIS1470-2045(20)30243-6.pdf)

234 Ver: <https://www.gecp.org/los-expertos-advierten-de-otra-pandemia-1300-muertes-mas-por-cancer-de-pulmon-a-causa-de-la-covid-19/>

Amnistía Internacional reconoce que es prematuro evaluar el impacto de la gestión de la pandemia en indicadores de salud de otras patologías. Sin embargo, pide a las autoridades sanitarias que un órgano independiente lleve a cabo una investigación sobre los impactos que los cambios en la atención sanitaria puedan estar teniendo en pacientes con patologías no COVID, y que se aborden lo antes posible los cambios que se estimen oportunos para asegurar el acceso y el disfrute del derecho a la salud de todas las personas, especialmente de aquellas con más necesidades de salud.



## 5. IMPACTO EN EL DERECHO A LA SALUD Y EN LA SITUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO

Durante la pandemia, las y los profesionales sanitarios de atención primaria no han contado con equipos de protección individual (EPI) suficientes en el ejercicio de su trabajo. La desprotección fue mucho más acusada al principio de la pandemia, pero siguen existiendo aspectos de mejora, como el acceso a las mascarillas FFP2. Asimismo, la sobrecarga asistencial se ha visto incrementada a unos niveles sin precedentes. Esta situación, junto con la sensación de no contar con los medios adecuados para atender todas las necesidades de salud de la población, ni con las condiciones idóneas para realizar diagnósticos, ha provocado niveles crecientes de sufrimiento, malestar y desgaste profesional. Por último, la falta de canales de información adecuados y de mecanismos que garantizaran su participación efectiva en el diseño de la gestión sanitaria ha generado entre el personal sanitario un sentimiento de abandono por parte de las autoridades.

### 5.1. FALTA DE PROTECCIÓN ADECUADA

España ha sido uno de los países de Europa con mayor número de profesionales sanitarios contagiados por el coronavirus.<sup>235</sup> Desde el inicio de la pandemia hasta el 4 de febrero y según cifras del Ministerio de Sanidad, habían contraído el virus 123.603 profesionales de la salud,<sup>236</sup> de los cuales el 78% eran mujeres,<sup>237</sup> y al menos 63 personas de este sector habían fallecido. Sin embargo, esta última cifra no ha sido actualizada por las autoridades sanitarias. Así, en diciembre, la Organización Médica Colegial reportó 80 fallecimientos de personal facultativo desde el inicio de la pandemia<sup>238</sup> y, ese mismo mes, el Sindicato de Enfermería (SATSE) confirmó la cifra de 9 enfermeras fallecidas.<sup>239</sup>

#### 5.1.1. FALTA DE EPI SUFICIENTES EN LA FASE AGUDA DE LA PANDEMIA

El personal sanitario trabajó al inicio de la pandemia sin equipos de protección individual (EPI)<sup>240</sup> suficientes, lo que supuso una mayor exposición al virus y mayor riesgo de contagio. A finales de abril, España fue el país de Europa con más contagios en el sector,<sup>241</sup> llegando al 24,1% del total de positivos en COVID-19 en el país.<sup>242</sup>

235 Amnistía Internacional: “Expuesto, acallado y atacado. Deficiencias en la protección del personal sanitario y que realiza labores esenciales durante la pandemia de COVID-19”. Julio de 2020. Disponible en: <https://www.amnesty.org/download/Documents/POL4025722020SPANISH.PDF>

236 Ver: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion\\_306\\_COVID-19.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_306_COVID-19.pdf)

237 Ver: [https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20COVID-19.%20N%C2%BA%2056\\_09%20de%20diciembre%20de%202020.pdf](https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20COVID-19.%20N%C2%BA%2056_09%20de%20diciembre%20de%202020.pdf)

238 Ver: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina/la-omc-homenajea-a-los-80-medicos-fallecidos-debido-al-coronavirus-covid-19-8800>

239 Información facilitada por el sindicato SATSE a Amnistía Internacional.

240 Los EPI se componen de todo el equipo y materiales que se aconseja utilizar al personal sanitario para protegerse frente a la COVID-19, incluidos guantes, mascarilla médica (quirúrgica), gafas de protección, pantalla facial, bata, mascarilla autofiltrante y un delantal.

241 Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades: “Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the EU/EEA and the UK –ninth update 23”. Abril de 2020. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-ninth-update-23-april-2020.pdf>

242 Ver: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/InformesCOVID-19.aspx>

Los y las profesionales de atención primaria comenzaron a atender a pacientes con neumonías atípicas semanas antes de que la OMS declarase la pandemia el 11 de marzo, y lo hicieron sin ningún tipo de protección. Algunos profesionales de la salud refieren que, en ocasiones, recibieron la recomendación de sus superiores de no utilizar mascarillas para no alarmar a la población. Las autoridades infravaloraron el riesgo y el grado de transmisión comunitaria, poniendo en peligro no solo la salud de las personas, sino que también favorecieron que hubiera un aumento de los contagios, lo que a su vez ponía en peligro la fragilidad del sistema de salud, que depende de su personal para seguir funcionando.

“*No me quejo de que no hubiera EPI en un primer momento porque no había disponibilidad real en el mercado; me quejo de que al principio, cuando veíamos casos que venían de Italia con neumonías, nos decían que no nos pusiéramos las mascarillas porque alertaban a la gente. No estaba bien visto por parte de la gerencia. Nuestros jefes no lo veían bien. En este país no hay cultura de la prevención*”.

*Una médica de Castilla-La Mancha.*

“*Al principio estábamos desamparados. Había la consigna de no dar mascarillas a los administrativos para no alarmar a la población, estábamos muy desamparados*”.

*Mari Luz, enfermera de Cataluña.*

“*Estuvimos desprotegidos las primeras semanas porque los protocolos decían que no nos pusiéramos el EPI cuando los pacientes no venían de ciertas zonas. Ya había casos de transmisión comunitaria y estuvimos visitando pacientes sin las precauciones habituales. Ahí fue cuando un tercio de la plantilla de médicos enfermó*”.

*Eva Mayor, médica de Barcelona.*

## PROCOLOS DE PROTECCIÓN CAMBIANTES E INSUFICIENTES

*El 19 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud publicó unas directrices sobre el uso racional de los EPI, incluidas las gafas, las mascarillas, las batas, los guantes y otro equipo de protección biomédica para personas que trabajan en centros de atención sanitaria.*<sup>243</sup>

*Amnistía Internacional pudo comprobar que, durante las primeras semanas de la pandemia, los protocolos de actuación para el personal sanitario del Ministerio de Sanidad,*<sup>244</sup> *que contenían las medidas de protección que*

243 OMS: “Uso racional del equipo de protección personal frente a la COVID-19 y aspectos que considerar en situaciones de escasez graves”. Orientaciones provisionales, 6 de abril de 2020. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331810/WHO-2019-nCoV-IPC\\_PPE\\_use-2020.3-spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331810/WHO-2019-nCoV-IPC_PPE_use-2020.3-spa.pdf)

244 Ministerio de Sanidad. Protocolos de actuación con respecto a la COVID-19. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos.htm>

*tenían que seguir las y los sanitarios, se fueron reformando sucesivamente para rebajar la necesidad de protección. Los protocolos que sustituían a los anteriores iban disminuyendo el detalle de los EPI necesarios que tenían que utilizarse, la gama de protección de los mismos y la normativa de calidad que debían respetar. Esta cuestión fue denunciada por el Sindicato de Enfermería (SATSE),<sup>245</sup> entre otras organizaciones, y generó mayor ansiedad entre los y las profesionales.*

*“Al principio de la pandemia hubo muchos cambios en los protocolos de materiales de protección y esto creó mucha incertidumbre y desconfianza porque nos preguntábamos: ¿Los cambios se hacen según criterios científicos o según la disponibilidad de EPI?”, afirma Carol, médica de Olot, Girona.*

*Profesionales sanitarios entrevistados por Amnistía Internacional han relatado que no recibieron capacitación adecuada ni suficiente en el uso de los materiales de protección.*

*“No recibíamos respuesta de la Administración a las demandas de recursos y formación. Quien respondió fue Médicos Sin Fronteras y Médicos del Mundo. El tercer sector es el que ha tenido que responder para que profesionales aprendieran a ponerse un EPI, a limpiarlo, cómo se quita, cómo apañarse con plásticos cuando no se dispone del material adecuado”, afirma Alda Recas, presidenta de la Asociación Madrileña de Enfermería Independiente.*

Una encuesta llevada a cabo por la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia mostró que la percepción del nivel de protección por parte de los trabajadores se situó en un 5,4 de media sobre 10 en abril, y en un 4,1 en marzo.<sup>246</sup>

Ante esta situación de escasez de EPI, el sindicato médico CESM solicitó medidas cautelares al Tribunal Supremo orientadas a mejorar la protección del personal sanitario. Aunque el Tribunal Supremo las denegó, requirió al Ministerio de Sanidad para que *“adopt[ara] todas las medidas a su alcance para conseguir la mejor distribución de los medios de protección al personal sanitario”* y *“que informara quincenalmente ante la propia Sala de las medidas adoptadas”*, todo ello en base al interés público de preservar el derecho fundamental a la integridad física y el derecho a la salud de los profesionales sanitarios, así como de las personas a las que asisten.<sup>247</sup>

Tal y como han subrayado numerosos organismos internacionales y mecanismos de protección de derechos humanos de las Naciones Unidas, las mujeres constituyen el 70% del personal sanitario mundial, lo que hace que tengan más riesgo de contagiarse por la exposición frecuente a pacientes con una elevada carga viral.<sup>248</sup> Profesionales sanitarias alertaron a Amnistía Internacional de que existe poca variedad de tallaje en los EPI disponibles, siendo en general grandes para cuerpos de mujer, cuestión relevante ya que los EPI deben estar ajustados para garantizar la protección.

---

245 Ver: <https://mundosanitario.satse.es/se-han-rebajado-medidas-de-prevencion-contr-covid-19-para-ocultar-la-incompetente-actuacion-de-las-autoridades/>

246 Ver: [https://www.semg.es/images/2020/Coronavirus/nota\\_prensa\\_20200513.pdf](https://www.semg.es/images/2020/Coronavirus/nota_prensa_20200513.pdf)

247 Tribunal Supremo. Auto del 20 de abril de 2020 (Recurso 91/2020).

248 Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe anual. Julio de 2020. Doc. ONU A/75/163, párrafo 26.



“Al principio, como íbamos literalmente con bolsas de basura, no estábamos para finuras. Luego empezamos a tener EPI muy grandes, que a muchas nos quedaban gigantes”.

Mar Rodríguez Gimena, médica y experta en género y salud.

“El equipo de protección personal debe ser del tamaño adecuado para las mujeres, ya que se ha comprobado que las máscaras y fundas que se han dimensionado utilizando el tamaño ‘predeterminado para el hombre’ dejan a las mujeres más expuestas”.<sup>249</sup>

ONU Mujeres.

La escasez de EPI y las condiciones en las que se vieron obligados a trabajar los y las profesionales sanitarios muestran una falta de planificación de las autoridades ante posibles riesgos para la salud pública, y suponen una vulneración del derecho a trabajar en condiciones sanas y seguras del personal sanitario.

### 5.1.2. FALTA DE ACCESO A LAS PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO PCR

A pesar del alto porcentaje de contagios en el sector sanitario, el personal tampoco tuvo acceso a las pruebas de diagnóstico PCR durante las primeras semanas de la pandemia. El documento “Guía de actuación frente a COVID-19 en los profesionales sanitarios y sociosanitarios” del Ministerio de Sanidad, del 31 de marzo de 2020, ni siquiera exigía la PCR al personal sanitario que había sido contacto estrecho sin EPI con caso posible, probable o confirmado de COVID-19, aunque recomendaba la cuarentena domiciliaria durante catorce días. Únicamente incluía que “se valoraría” la realización a los siete días de una PCR.

“En los peores momentos, si no tenías fiebre llamabas a salud laboral y te decían que no te hacían la PCR. Acudías a trabajar con otros síntomas, con mucho miedo a contagiar a los demás y a las familias. Llegabas de trabajar después de jornadas extenuantes y te encerrabas en la habitación. Nos hemos sentido como carne de cañón. Tienes que ir a trabajar, pero no importa nada más, no importa tu salud ni la de los tuyos”.

Una médica de Castilla-La Mancha.

En ocasiones, ni siquiera se cumplieron los protocolos.

---

249 ONU Mujeres: “Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Women”. Abril de 2020. Disponible en: <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women-en.pdf?la=en&vs=1406>



*“Miedo pasé cuando supe al cabo de una semana que uno de mis pacientes había dado positivo y yo había estado desprotegida. La gente de salud pública dijo que me mantuviera aislada catorce días, pero mi directora de centro dijo que ya había muchas bajas y que tenía que ir a trabajar con mascarilla y que me tomase la temperatura. La segunda semana del estado de alarma hubo reducción de plantilla casi del 50%. De once, durante seis semanas, nos quedamos cuatro. Hubo gente que empezó con síntomas y se aisló, después empezaron a aislarse por contacto. Luego hubo un momento que la unidad de riesgos laborales dejó de aplicar el protocolo de aislamiento porque si no tendrían que cerrar el centro”*

*Una médica de Barcelona.*

Asimismo, la “Guía de actuación frente a COVID-19 en los profesionales sanitarios y sociosanitarios” del Ministerio de Sanidad, del 31 de marzo de 2020, tampoco exigía una PCR negativa a los profesionales sanitarios antes de reincorporarse al puesto de trabajo.<sup>250</sup> Esta medida fue contestada por los Consejos Generales de Médicos, Enfermeros, Dentistas, Farmacéuticos y Veterinarios –todo el sector sanitario–, que calificaron el protocolo de “temeridad” para el personal sanitario contagiado, el resto de la plantilla y los pacientes, y exigieron que hasta que los profesionales no tuvieran una PCR negativa no deberían volver al trabajo.<sup>251</sup> El 8 de abril, el Ministerio de Sanidad reformó el protocolo<sup>252</sup> proponiendo el fin del aislamiento del personal sanitario a los siete días de haber finalizado los síntomas, pero sin exigir la reincorporación laboral.

Igualmente, después de que diversos sindicatos lo exigieran, en mayo el Gobierno adoptó el Real Decreto-Ley 19/2020, que consideró como contingencia profesional derivada de accidente de trabajo las enfermedades padecidas por el personal sanitario durante el estado de alarma.<sup>253</sup>

### 5.1.3. SITUACIÓN ACTUAL DE PROTECCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO

Desde el inicio de la pandemia, las autoridades han ido adquiriendo y distribuyendo un creciente número de EPI. Del 10 de marzo hasta junio de 2020, se entregaron 115 millones de unidades de EPI, principalmente a las Comunidades Autónomas.<sup>254</sup> En septiembre, el Ministerio de Sanidad había entregado 270 millones de unidades de protección, entre ellas: 100 millones de mascarillas de varios tipos, 1.228.496 buzos, 90.950.470 de pares de guantes y 6.969.230 kits de test diagnósticos.<sup>255</sup> En noviembre, el Ministerio de Sanidad informó de que, a través del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), adjudicó los 11 lotes del Acuerdo Marco para la adquisición del material necesario para hacer frente al COVID-19

250 Ministerio de Sanidad. “Guía de actuación frente a COVID-19 en los profesionales sanitarios y sociosanitarios”, 31 de marzo: “El trabajador se incorporará a su puesto de trabajo transcurridos siete días desde el inicio de síntomas en ausencia de fiebre sin necesidad de toma de antitérmicos en los últimos tres días”.

251 Ver: <https://www.semfyc.es/comunicado-de-adhesion-al-posicionamiento-emitado-por-el-foro-de-la-profesion-medica/> Ver también: <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2020/04/04/5e887d09fdddff238b8b4672.html>

252 Ver: [https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/Protocolo\\_Personal\\_sanitario\\_COVID-19%20-8-abril.pdf](https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/Protocolo_Personal_sanitario_COVID-19%20-8-abril.pdf)

253 Ver: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-5315>

254 Comparecencia del ministro de Sanidad en la Comisión para la reconstrucción social y económica y del Congreso de los Diputados. Junio de 2020. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4969>

255 Carta del Ministerio de Sanidad a Amnistía Internacional del 30 de septiembre.

por un importe económico de 2.578.739.505 euros para casi 3.700 millones de unidades de producto.<sup>256</sup> Por su parte, Castilla-La Mancha adoptó la Ley 8/2020 por la que se creó la reserva estratégica de productos sanitarios.<sup>257</sup> Esta ley establece que para todos los centros sanitarios, sociosanitarios o sociales, independientemente de su titularidad, se establecerá una reserva de al menos 30 días de su consumo anual.<sup>258</sup>

El acceso a materiales de protección ha ido mejorando progresivamente. Sin embargo, Amnistía Internacional ha recogido testimonios que señalan que todavía hay aspectos clave que merecen atención especial, concretamente en lo que se refiere a las mascarillas FFP2, que son las recomendadas para el personal sanitario.

“Los EPI los estamos reutilizando. Los sumergimos en agua y lejía cuando nos los quitamos, los dejamos a secar y los volvemos a usar. Mascarillas quirúrgicas tenemos suficientes, pero las mascarillas FFP2, que dan mayor protección y son las que utilizamos cuando vamos a ver a pacientes COVID, están racionadas bajo llave. Eso quiere decir que tenemos pocas y son para la gente que necesita usarlas según el algoritmo de protección, y el resto trabajamos con mascarilla quirúrgica”.

Clara Benedicto, médica de Madrid.

“El material de protección sigue siendo escaso. Tenemos una FFP2 por semana, te pones una quirúrgica encima, pero explorar a un paciente con sospecha de COVID con una FFP2 que has usado cuatro días..., pues no estás tranquila”

Una médica de Castilla-La Mancha.

“A día de hoy se entrega una FFP2 por semana, por poner un ejemplo de adónde llegan las cosas”.

Francisco Angora, médico de Castilla-La Mancha.

“Las FFP2 las solemos esterilizar y les damos tres usos, tres días, veintiuna horas”.

Carmen Torrente, enfermera de Castilla-La Mancha.

Por otra parte, la pandemia ha puesto de relieve importantes déficits en las infraestructuras de los centros de salud, cuya renovación venía siendo exigida durante los últimos años por los y las profesionales de la atención primaria.

---

256 Ver <https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5150>

257 Ley 8/2020, de 16 de octubre, por la que se crea la reserva estratégica de productos sanitarios en Castilla-La Mancha [2020/8301]. Disponible en: [https://docm.castillalamancha.es/portaldocm/descargarArchivo.do?ruta=2020/10/26/pdf/2020\\_8301.pdf&tipo=rutaDocm](https://docm.castillalamancha.es/portaldocm/descargarArchivo.do?ruta=2020/10/26/pdf/2020_8301.pdf&tipo=rutaDocm)

258 Ibid

“*Muchos centros de salud no tienen espacios físicos para diferenciar pacientes respiratorios y no respiratorios y así cumplir las medidas mínimas de prevención de contagio. Hay centros que están en condiciones infrahumanas, por ejemplo el centro de salud del Raval Nord. Visitar COVID en esas condiciones es un disparate. El CAP del Gòtic y el del Passeig Sant Joan también están esperando nueva ubicación*”.

*Eva Mayor, médica de Barcelona.*

“*Muchos centros de atención primaria han estado cerrados porque no garantizan la seguridad del personal ni de los pacientes y los usuarios. Que haya circuitos limpios y el centro de salud no se convierta en una trampa*”.

*Un médico de Madrid.*

#### **5.1.4. AUSENCIA DE ESTADÍSTICAS DETALLADAS**

En abril, la Orden SND/234/2020, sobre adopción de disposiciones y medidas de contención y remisión de información al Ministerio de Sanidad ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19,<sup>259</sup> solo exigía a las Comunidades Autónomas que notificasen el total acumulado de casos confirmados en profesionales sanitarios.

Amnistía Internacional recibió de septiembre a noviembre información sobre el número de contagios y fallecimientos entre el personal sanitario en la Comunidad de Madrid, Castilla-La Mancha y Cataluña. Sin embargo, esa información hacía referencia a la situación de junio y julio. Por comunidades autónomas, Amnistía Internacional recibió por parte de las autoridades sanitarias autonómicas la siguiente información; Castilla-La Mancha informó que hasta junio se habían contagiado un total de 2.470 profesionales sanitarios (568 de atención primaria) y 13 habían fallecido (8 de atención primaria); Cataluña informó que, hasta el mismo mes, 20.623 profesionales se habían contagiado y 6 habían fallecido. La Comunidad de Madrid informó de que hasta julio se habían contagiado 18.822 profesionales (3.495 en atención primaria) y 21 habían fallecido (8 de atención primaria). Las cifras que reporta el Ministerio de Sanidad sobre los casos de contagio de los profesionales sanitarios por Comunidades Autónomas, sólo contienen información desde el mes de mayo. A fecha de 4 de febrero de 2021, se habrían contagiado desde mayo 5.041 profesionales sanitarios en Castilla-La Mancha, 5.196 en la Comunidad de Madrid y 14.140 en Cataluña, según el Ministerio de Sanidad.<sup>260</sup>

La actualización del Ministerio de Sanidad, que ofrece datos sobre el personal sanitario, no incluye todos los casos por comunidades autónomas desde el inicio de la pandemia, y solo se desglosa el porcentaje de personal sanitario por tipo de centro: sanitario, no sanitario u otro, pero no permite conocer con mayor detalle la prevalencia de contagios y fallecimientos en la atención primaria. Amnistía Internacional considera que tal desagregación de datos es necesaria para evaluar dónde se ha producido un mayor nivel de desprotección y adoptar medidas correctivas en un futuro.

---

259 Ver: <https://www.boe.es/boe/dias/2020/04/17/pdfs/BOE-A-2020-4493.pdf>

260 [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion\\_306\\_COVID-19.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_306_COVID-19.pdf)

## 5.1.5. EL DERECHO DEL PERSONAL SANITARIO A TRABAJAR EN CONDICIONES SANAS Y SEGURAS

“Ningún trabajador es prescindible. Todo trabajador es esencial, sin importar la categoría que los países y las empresas les aplique. Todo trabajador tiene el derecho a ser protegido de la exposición a riesgos en el lugar de trabajo, incluido el coronavirus. [...] Nuestro mensaje de hoy es sencillo, pero decisivo: todo trabajador debe ser protegido, en cualquier circunstancia.”

*Declaración de relatores y relatoras especiales de las Naciones Unidas*<sup>261</sup>

El Comité DESC ha destacado que “el derecho a la higiene del trabajo y del medio ambiente”, recogido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, incluye “medidas preventivas en lo que respecta a los accidentes laborales y enfermedades profesionales” y para unas “condiciones de trabajo higiénicas y seguras”. Los Estados también tienen la obligación de adoptar “medidas contra los peligros que para la salud representan la contaminación del medio ambiente y las enfermedades profesionales, y también contra cualquier otra amenaza que se determine mediante datos epidemiológicos. En este sentido, los Estados deben formular, aplicar y revisar periódicamente una política nacional coherente destinada a reducir al mínimo los riesgos de accidentes laborales y enfermedades profesionales, así como formular una política nacional coherente en materia de seguridad en el empleo y servicios de salud”.<sup>262</sup>

Durante la pandemia, el Comité DESC subrayó que muchos profesionales sanitarios se infectaron como resultado de las deficiencias en la indumentaria y los equipos de protección personal o de la escasez de éstos, y recordó a los Estados que debían facilitar a todos los profesionales sanitarios la indumentaria y los equipos de protección adecuados para evitar el contagio.<sup>263</sup>

Del mismo modo, el Comité Europeo de Derechos Sociales recordó que los Estados debían adoptar todas las “medidas posibles para garantizar la existencia de un número suficiente de profesionales de la salud y que sus condiciones de trabajo son saludables y seguras, lo que incluye la provisión del equipo de protección individual necesario”.<sup>264</sup>

Por su parte, el Convenio sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores, 1981 (núm. 155) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) exige a los Estados miembros formular, poner en práctica y reexaminar periódicamente una política nacional coherente en materia de seguridad y salud de los trabajadores y trabajadoras y de medio ambiente en el trabajo. Entre las obligaciones de las entidades empleadoras, podrían figurar “proporcionar, sin ningún costo para el trabajador, las ropas de protección individual y los equipos de protección adecuados que parezca necesario exigir cuando no se puedan prevenir o limitar los riesgos de otra forma”, y asegurarse de que la organización del trabajo no cause perjuicio a la seguridad y la

261 Ver: <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25892&LangID=S>

262 Comité DESC. Observación general núm. 14 y Observación general núm. 23.

263 Comité DESC. Declaración sobre la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) y los derechos económicos, sociales y culturales. Abril de 2020.

264 Ver: <https://rm.coe.int/statement-of-interpretation-on-the-right-to-protection-of-health-in-ti/16809e3640>

salud de los trabajadores.<sup>265</sup> Igualmente, el Convenio sobre el Personal de Enfermería, 1977 (núm. 149) de la OIT<sup>266</sup> también recoge que los Estados deben esforzarse por mejorar las disposiciones legislativas existentes en materia de higiene y seguridad en el trabajo, adaptándolas a las características particulares de las funciones del personal de enfermería y del medio en que se realizan.

A nivel estatal, la Constitución española, el Estatuto de los Trabajadores y la Ley de Prevención de Riesgos Laborales recogen el derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo.<sup>267</sup>

## **5.2. LA SOBRECARGA ASISTENCIAL Y EL IMPACTO SOBRE EL DERECHO A LA SALUD**

“*Hemos sufrido maltrato por parte de las autoridades. Las primeras semanas nos dejaron desprotegidos.*”

*Eva Mayor, médica y portavoz de Rebel·lió Primària*

La crisis de la COVID-19 ha incrementado la sobrecarga asistencial a un nivel cercano al colapso, que además de afectar a la atención sanitaria de la población, generó crecientes e insostenibles situaciones de estrés, ansiedad y sufrimiento en los y las profesionales sanitarios. Una sobrecarga asistencial que ya soportaban en los últimos años debido a la falta de una financiación adecuada del sistema de salud.

“*Nos sentimos impotentes y desilusionados con el sistema. A medida que han ido pasando los años, nos hemos cansado cada vez más. Llevamos años soportando esta carga de trabajo.*”

*Un médico de atención primaria a Amnistía Internacional en 2018.*<sup>268</sup>

### **5.2.1. LA SOBRECARGA ASISTENCIAL EN EL SISTEMA DE ATENCIÓN PRIMARIA**

La carga de trabajo aumentó desde el inicio de la pandemia. Ante la urgencia de una situación que no podía esperar a decisiones de gestión sanitaria que llegaron más tarde, el personal de atención primaria tuvo que reorganizar el trabajo en los centros y crear diferentes circuitos para garantizar la protección de los pacientes.

---

265 Convenio sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores, 1981 (núm. 155) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Disponible en: [https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_ILO\\_CODE:C155](https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C155)

266 Convenio sobre el personal de enfermería, 1977 (núm. 149) de la OIT. Disponible en: [https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_ILO\\_CODE:C149](https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C149)

267 Artículo 40 de la Constitución española, artículo 19 del Estatuto de los Trabajadores y Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.

268 Amnistía Internacional: “La receta equivocada: El impacto de las medidas de austeridad en el derecho a la salud en España”. Abril de 2018.

“Las directrices que teníamos desde la gerencia iban con retraso y veíamos que teníamos que autogestionarnos”.

Eva Mayor, de Rebel·lió Primària.

La misma apreciación fue compartida por numerosos profesionales de las tres comunidades autónomas estudiadas. Asimismo, tuvieron que adaptarse a un nuevo modelo de asistencia.

“Al principio podría estar bien la atención telefónica, ahora lo vivo como un martirio. He pasado de tener una consulta de 30-40 pacientes al día a más de 80 consultas telefónicas. Esto es insufrible”.

María del Mar Martínez, médica de Castilla-La Mancha.

En la atención primaria, el incremento de las bajas médicas entre el personal sanitario debido al aumento de los contagios, la falta de refuerzos adecuados para cubrir estas bajas y el alto porcentaje de profesionales con más de 60 años (el 27,5% de la plantilla),<sup>269</sup> que no pudo atender a pacientes con COVID-19 por ser personas de riesgo, mermaron las plantillas de los centros de salud, que ya estaban limitadas antes de la pandemia.

La carga de trabajo de las y los profesionales ausentes recayó en los que quedaron en los centros de salud.

“El número de profesionales ya estaba reducido. Empezaron a enfermar, empezaron a irse, porque la plantilla está envejecida y tiene patologías que no les permitían estar en primera línea”.

Enfermera de la Comunidad de Madrid.

“Mantener la asistencia con un tercio del personal ha sido muy difícil, con mucho desgaste para los que están”.

Raúl Calvo, médico de Castilla-La Mancha.

“Hay más trabajo, menos compañeros y más carga. Los políticos han puesto sobre los sanitarios la responsabilidad de que el sistema funcione, y los médicos, que tenemos mucho sentido de la responsabilidad, nos hemos entregado por completo. Estamos colapsados”.

Carol, médica de Olot, Girona.

---

269 Patricia Barber Pérez y Beatriz González López-Valcárcel: “Estimación de la oferta y la demanda de médicos especialistas. España 2018-2030”. Ministerio de Sanidad.

El bajo nivel de sustituciones en el caso de bajas médicas o por jubilaciones ya fue señalado por la Organización Médica Colegial antes de la crisis, resaltando que las plantillas no están cubiertas nunca o casi nunca.<sup>270</sup>

Con el fin del estado de alarma, la atención primaria empezó a caminar hacia el colapso. Se incrementaron las demandas de salud retenidas por el confinamiento, y quienes habían postergado sus consultas por miedo o por no saturar los recursos ahora intentaban de nuevo obtener atención sanitaria. Por otro lado, el personal sanitario también asumió nuevas funciones, como la atención en las residencias de personas mayores o las relacionadas con el seguimiento de la pandemia o con la realización de pruebas PCR para la detección del virus, así como labores de seguimiento de personas sospechosas de infección y sus contactos.<sup>271</sup>

La sobrecarga asistencial se incrementó de manera progresiva durante el periodo de junio a septiembre de 2020. Las autoridades sanitarias recomendaron que el personal sanitario disfrutara de las vacaciones durante esos meses en previsión de un empeoramiento epidemiológico en otoño. Sin embargo, la segunda ola llegó a España en verano, con un porcentaje muy alto de profesionales de vacaciones, cuyas bajas en su gran mayoría no fueron cubiertas, por lo que aumentó aún más la sobrecarga del resto de la plantilla.

“Intentamos meter todo lo que se puede a costa de nuestra piel. La semana pasada tuve en un día 103 pacientes, entre recetas, cuestiones administrativas, y otro día 70”.

Una médica de Castilla-La Mancha.

“En verano hemos funcionado con la mitad o dos tercios del personal porque no se cubren vacaciones”.

Pako Díaz, médico director de un centro de salud en Barcelona.

“Este volumen de consultas no lo habíamos visto en la vida. El tener a 60, 65 pacientes es un nivel de demanda inasumible”.

Blanca Gispert, médica de Barcelona.

“Doblamos turnos, y si eres mujer sin plaza fija y sin hijos, si antes se daba por hecho tu disponibilidad, ahora mucho más”.

Una médica de Barcelona.

---

270 Organización Médica Colegial. Situación de la atención primaria en España (datos 2016-2017-2018). Disponible en: <http://www.medicospacientes.com/sites/default/files/AP-Espa%C3%B1a-asamblea-APU.pdf>

271 Ministerio de Sanidad. Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19\\_Estrategia\\_vigilancia\\_y\\_control\\_e\\_indicadores.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf)



“Hemos tenido bajas, reducciones de jornada, y la mayoría no se cubren. Solo se cubrió una baja de hace tiempo y porque ha sido puntual. Ahora se va una compañera de vacaciones y volveremos a sufrir”.

Nelson, médico de Madrid.

Amnistía Internacional contactó en octubre de 2020 con 21 profesionales de la Comunidad de Madrid y denunció que el personal de estos centros de las zonas con más incidencia de la COVID-19 atendían a entre 45 y 100 pacientes al día, y que en la mayoría de los centros las vacaciones y las bajas no se estaban cubriendo.<sup>272</sup>

## ESTUDIOS DE SOBRECARGA REALIZADOS POR ORGANIZACIONES SANITARIAS

Una encuesta realizada por la Asociación Madrileña de Enfermería Independiente (AME) a 1.025 enfermeras durante la pandemia reveló que el 94% estaban preocupadas por su bienestar, el 64,7% por su salud física y el 75,8% por su salud mental. El 46,6% de estas enfermeras expresó tener dificultades para conciliar la vida doméstica y laboral durante la pandemia.<sup>273</sup>

Un estudio de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SemFYC) junto con las 17 Sociedades de Medicina Familiar de cada comunidad autónoma, realizado en agosto de 2020, mostró que se registró un aumento medio del 32% de la actividad asistencial con respecto al mismo periodo de 2018. El estudio también reveló que la situación no era uniforme y que en algunas comunidades autónomas, como la Comunidad de Madrid, la Comunidad Valenciana o Extremadura, la actividad se dobló con respecto a la situación previa a la pandemia.<sup>274</sup>

El personal sanitario denunció la sobrecarga asistencial y la falta de refuerzos necesarios para seguir atendiendo a las necesidades de salud de la población. Así, el Foro de Médicos de Atención Primaria lamentó la falta de publicación periódica de datos oficiales que hicieran referencia a la “titánica actividad” realizada por los y las profesionales sanitarios de este nivel asistencial, y apremió a las autoridades a aumentar los recursos humanos para dar respuesta al desafío de la contención de la COVID-19 y seguir tratando a los pacientes sin coronavirus.<sup>275</sup> Los testimonios recogidos por Amnistía Internacional dan cuenta del gran esfuerzo realizado por el personal sanitario para seguir garantizando el acceso de la población a la atención sanitaria.

272 Ver: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/noticias/noticia/articulo/amnistia-internacional-denuncia-la-degradacion-del-servicio-de-atencion-primaria-en-madrid-ante-la-segunda-ola-de-contagios-de-la-covid-19/>

273 Leticia Bernués, Alda Recas, y Víctor Jiménez: “Las enfermeras y la COVID-19: Un antes y un después en la profesión enfermera”. Asociación Madrileña de Enfermería (AME). Madrid, 2020.

274 Encuesta SemFYC. Última semana de agosto 2020. Disponible en: <https://www.semfyec.es/la-semfyec-junto-con-las-17-sociedades-de-medicina-familiar-de-cada-comunidad-autonoma-reclaman-negociacion-frente-al-real-decreto-de-contratacion-de-profesionales-sin-especialidad/>

275 Ver: [https://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/comunicado\\_foro\\_ap\\_14\\_septiembre\\_2020.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/comunicado_foro_ap_14_septiembre_2020.pdf)

“He trabajado algunos días de ocho de la mañana a once de la noche para evitar listas de espera. Los profesionales nos hemos sacrificado mucho”.

Francisco del Río, médico de Castilla-La Mancha.

“¿Este es el sistema público mejor del mundo? Estoy de vacaciones, mis pacientes no podrán contactar conmigo hasta que vuelva porque no hay sustituto. Mis compañeros están cubriéndome, de seis ahora están cuatro, y asumen las agendas de pacientes del resto”.

María Luisa, médica de Castilla-La Mancha.

A la sobrecarga asistencial se ha sumado el trabajo de burocracia asociado a la pandemia –la gestión de bajas laborales y de certificados para trabajadores especialmente sensibles, entre otras cuestiones–, que abarca gran parte de la jornada laboral de algunos profesionales de la salud, lo que les quita tiempo para la labor asistencial de la población.

“Ahora mismo, del total de mi jornada laboral calculo que el trabajo administrativo consume, tirando por lo bajo, un 75% y solo un 25% es tiempo dedicado a la clínica”.

Una médica de Barcelona.

“El tema de la gestión de las incapacidades temporales (bajas) nos ha desgastado mucho: podía darse el caso de que un paciente con dolor torácico no pudiera contactar conmigo y que, en cambio, me pasara media hora gestionando una baja”.

Carol, médica de Olot, Girona.

“Es excesiva la labor burocrática que hacemos. La burocracia nos ha comido, el 40 o 50% son tareas administrativas, bajas, etc. La burocracia no puede impedir que veamos a nuestros pacientes, pero ahora es un freno para ello. Necesitamos hacer menos burocracia para ver a más pacientes y dedicarnos más a asistencia clínica”.

Pako Díaz, médico director de un centro de salud en Barcelona.

Por su parte, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SemFYC) denunció el alto grado de burocratización de las consultas médicas, señalando que era un “*contrasentido que los profesionales médicos tengamos que estar resolviendo procedimientos administrativos en lugar de estar centrados y concentrados en curar y atender a las personas enfermas, que cada día están llegando en mayor volumen a nuestros centros de salud*”.<sup>276</sup>

276 Ver: <https://www.semfyc.es/comunicado-de-la-sociedad-espanola-de-medicina-familiar-y-comunitaria-contra-la-burocratizacion-de-los-centros-de-salud-en-plena-pandemia-de-covid19/>

## 5.2.2. ANSIEDAD, ESTRÉS Y SUFRIMIENTO CRECIENTE

“Queda la cicatriz, queda la labilidad emocional y física, la cola de esa sobrecarga... Sabemos que podemos responder con más experiencia pero somos más frágiles.”

*Concha Piqueras, presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Albacete*

La sobrecarga asistencial, las condiciones en las que trabaja el personal sanitario, junto con una sensación de no abarcar todas las necesidades de salud de los y las pacientes y una percepción del creciente riesgo a cometer errores, han provocado un deterioro de la salud mental de las y los sanitarios.

“Yo estoy en tratamiento psicológico, antes tenía insomnio y ahora me ha empeorado. Estamos peor, sobre todo estamos peor las mujeres. Hay días que no puedo ni ir al baño. Yo dejé de hacer guardias porque era imposible llegar a las tres, que era la hora cuando la empezaba, y he llegado a tener problemas con el coche, no tener tiempo para comer al mediodía. Llegué a hablar con el responsable porque tenía ansiedad y me quitó las guardias.”

*Una médica de Castilla-La Mancha.*

“La cultura de visitar periódicamente a los pacientes con enfermedades crónicas se ha cortado. Las personas lo entienden y lo asumen, pero al pasar los meses se van inquietando y quieren ser atendidos en directo, pero es imposible verles a todos en el domicilio, y hay que ir a visitar a los que no pueden ir al centro. Ante la gran presión asistencial, las consultas presenciales se resienten a la baja, lo que genera desasosiego en pacientes y profesionales y aumenta el riesgo de cometer errores.”

*Francisco Angora, médico de Ciudad Real.*

“Es desesperanzador saber que la población sufre y que tú no puedes hacer nada porque las autoridades no te dan los mecanismos y los recursos. Y escuchar día a día a tus compañeros llorar, decir ‘no puedo más’. Es horroroso.”

*Alda Recas, presidenta de la Asociación Madrileña de Enfermería Independiente.*

“La realidad es que muchos compañeros se echan a llorar, puedo contabilizar que la mitad han verbalizado en público que han llorado, que han tenido pesadillas con las listas telefónicas, la cantidad de médicos que están dejando la primaria... Si ya había fuga de médicos de Madrid hacia otras comunidades, ahora ni te cuento.”

*Nelson, médico de Madrid.*

La encuesta realizada por la Asociación Madrileña de Enfermería Independiente (AME) refleja que más del 90% de las enfermeras participantes refieren tener ansiedad y angustia, y más del 85% tienen estrés.<sup>277</sup> Por su parte, la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) publicó en mayo los resultados de una encuesta donde las palabras más utilizadas fueron: agotamiento, ansiedad, impotencia, cansancio, indignación, confusión, incertidumbre, caos, inseguridad, improvisación, desastre y abandono.<sup>278</sup>

Profesionales sanitarios destacan que es necesario abordar las causas que se esconden tras el malestar y el deterioro de la salud del personal.

“*Nos ofrecieron atención telefónica con profesionales de psicología. Nuestra desolación durante estos meses no ha tenido que ver exclusivamente con la falta de material de protección, EPI y demás... para trabajar de una forma segura, sino que ha implicado (y aún dura) un abandono de las necesidades como profesionales que quieren trabajar más allá de lo relacionado con la COVID, que atienden a personas individualmente y en su comunidad con sus necesidades, que somos personas (y no números) que no han de cumplir solo los objetivos gerencialistas. El malestar por lo vivido no se puede abordar desde lo individual como si fuéramos un artefacto que es necesario reparar psicológicamente para continuar cumpliendo con el fin”.*

*Una médica de Barcelona.*

“*Creo que hay psicólogos, un teléfono al que llamar, pero yo lo que quiero es irme a casa cuando acabo la jornada y olvidarme de lo que es trabajar en esas condiciones. ¿Quieres humanizar la atención primaria? ¿Quieres cuidarnos a los profesionales? Pues danos más tiempo con los pacientes y más recursos para hacer mejor nuestro trabajo”.*

*Pedro, médico de Madrid.*

Las mujeres sanitarias, que constituyen el 58% de las plantillas médicas y el 79% de las de enfermería<sup>279</sup> en atención primaria, sufren en mayor medida el deterioro de la salud mental. A la sobrecarga asistencial se añade la presión del trabajo doméstico y de cuidados.

“*Las mujeres sanitarias nos hemos sentido que hemos abandonado a la familia. Yo llegaba tarde, y agobiada por si contagiaba, yo sentía que desatendía a mi familia. Se te junta también la responsabilidad como madre y como hija. Yo me he dado mucho, me he entregado a los pacientes. Tienen más sobrecarga las profesionales mujeres. Las madres, las mujeres con carga familiar, que tienen cuidados de hijos, padres, todo genera más impacto y más estrés y ansiedad”.*

*Carol, médica de Olot en Cataluña.*

277 Leticia Bernués, Alda Recas, y Víctor Jiménez: “Las enfermeras y la COVID-19: Un antes y un después en la profesión enfermera”. Asociación Madrileña de Enfermería (AME). Madrid, 2020.

278 Ver: [https://www.semg.es/images/2020/Coronavirus/nota\\_prensa\\_20200513.pdf](https://www.semg.es/images/2020/Coronavirus/nota_prensa_20200513.pdf)

279 Ministerio de Sanidad. Consulta SIAP. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/ConsultaSIAP/inicio.do?metodo=cargarPaginaInicio>. Asimismo, el mayor porcentaje de mujeres en el sector sanitario se concentra en el grupo de profesionales de menos de 35 años, y el menor porcentaje en el grupo de 65 y más años. Ministerio de Sanidad. Informe anual 2018

Asimismo, las profesionales entrevistadas por Amnistía Internacional refieren barreras a la hora de solicitar reducción de jornada y temen las consecuencias en su desarrollo profesional.

“Las jornadas parciales o reducidas que muchas veces son por cuidados, son solicitadas en su mayoría por mujeres. Eso quiere decir que tienen un mayor impacto en la carrera profesional y en la jornada laboral, y por tanto en el sueldo y en el prestigio. Pero además también son las principales afectadas cuando estas reducciones de jornada no son sustituidas, porque su agenda aumenta y están penalizadas por esos cuidados”.

Clara, médica de Madrid.

“La reducción de jornada por cuidado de hijos la demandan las compañeras, no los compañeros. Y a las mujeres que han pedido reducciones para el cuidado se las ha estigmatizado. Es decir, están los equipos tan al límite que lo que es un derecho, se ha valorado como una especie de privilegio por parte de quienes no accedían a ese derecho, que mayoritariamente eran los varones. Eso ha sido un retroceso, ahí hemos dado un paso atrás”.

Raúl Calvo, médico de Castilla-La Mancha.

“Como mujeres profesionales, una mujer con hijos si pide un poco de entendimiento para cuadrar horarios y no llegar tan tarde a su casa, ha habido poco apoyo, parece que estás pidiendo un favor y es algo que no sería tan difícil”.

Una matrona de Madrid.

### 5.2.3. AGRESIONES FÍSICAS Y VERBALES AL PERSONAL SANITARIO

En el contexto de una atención primaria al borde del colapso, el personal sanitario ha sufrido un incremento de agresiones verbales y, en algunos casos, físicas. Según datos del Ministerio del Interior, las agresiones han crecido en 2020. Entre enero y noviembre de 2020 se produjeron 962 agresiones a profesionales sanitarios, un 32% más que durante el mismo periodo en 2019.<sup>280</sup> Por Comunidades Autónomas, en Castilla-La Mancha se produjeron 69 agresiones en el periodo referido, un 165,4% más que en 2019, en la Comunidad de Madrid 48 agresiones y un incremento del 41% y en relación a Cataluña, el Ministerio de Interior no dispone de dicha información.<sup>281</sup> Si bien no existe desagregación de datos por niveles asistenciales, ni por tipo de profesional, algunas organizaciones del sector sanitario afirman que el personal sanitario más afectado por las mismas han sido los y las profesionales de atención primaria y los que trabajan en las urgencias de los hospitales.<sup>282</sup>

Profesionales sanitarios explican a Amnistía Internacional el contexto en el que se producen las agresiones.

---

280 Información facilitada por el Ministerio del Interior a Amnistía Internacional

281 Ibid

282 Ver: [https://www.elconfidencial.com/espana/2020-10-04/pandemia-agresiones-sanitarios-aumentan-segunda-ola\\_2773220/](https://www.elconfidencial.com/espana/2020-10-04/pandemia-agresiones-sanitarios-aumentan-segunda-ola_2773220/)

“*El paciente ya no es libre para ir al centro. No se ha publicitado el cambio de modelo asistencial y la población tiene una visión peyorativa de la atención. Sienten que no tienen la atención que necesitan cuando se requiere una mayor protección, se sienten desprotegidos, pero hacemos lo que podemos con los medios que tenemos. Y a veces también por ser mujeres nos tratan con menos respeto. De cara a la agresión verbal o física es más fácil si somos mujeres, o mejor dicho, esta sociedad cree que es más fácil agredir a una profesional mujer*”.

*Susana Arenas, médica de Castilla-La Mancha y miembro de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria.*

### **5.3. FALTA DE INFORMACIÓN ADECUADA Y PARTICIPACIÓN EFECTIVA**

La mayoría de los y las profesionales sanitarios entrevistados por Amnistía Internacional han manifestado no haberse sentido escuchados en el diseño de los protocolos de actuación y en la adopción de medidas de gestión. Consideran que no han existido suficientes ni adecuados espacios de intercambio de información, ni de participación activa, en los que poder proponer cambios o mejoras en los protocolos. Al no existir estos espacios de interlocución, manifiestan haberse sentido meros ejecutores de decisiones y protocolos, y que sus conocimientos derivados de la práctica asistencial han sido infravalorados.

Los y las profesionales sanitarios creen que han existido reuniones de alto nivel con organizaciones y sindicatos, pero no disponen de información detallada del contenido de las mismas. Por otro lado, algunos refieren haber tenido contactos con las gerencias. Si bien reconocen que aspectos menores de las demandas sí han sido tenidos en cuenta, estos encuentros no han provocado cambios en relación a sus demandas principales. Un representante del Institut Català de la Salut afirmó a Amnistía Internacional que hay que separar dos tipos de participación: la formal, a través de órganos electos, como pueden ser las sociedades científicas o los colegios profesionales, y los grupos de opinión, las asociaciones de personal sanitario. Afirma haber tenido reuniones con los dos, pero señala que los contactos con las asociaciones sanitarias se han producido por canales informales porque no están en los órganos formales de participación, y que se produjeron con posterioridad al estado de alarma: *“En el estado de alarma no se habían producido porque había que tomar decisiones”*.<sup>283</sup>

En términos de representación, varias profesionales mujeres señalan que, al estar menos representadas en puestos de dirección asistencial, sienten que tienen menos voz en las decisiones.

“*La voz de las enfermeras no se escucha, es que no existe. Pero aporta la mirada del cuidado. Hay muy pocas enfermeras*”.

*Concha Piqueras, presidenta del Colegio de Enfermería de Albacete.*

---

283 Entrevista realizada el 9 de diciembre de 2020.

## “LOS Y LAS PROFESIONALES SANITARIOS HEMOS PARTICIPADO MUY POCO”

“En las reuniones por Zoom, cada centro es un usuario y quien puede o quiere se conecta y luego hay un usuario que es la dirección asistencial, donde está el director médico, la directora de enfermería, y a veces alguna persona más. Nosotros tenemos el audio cerrado. Es decir, los únicos que pueden hablar son ellos. Y si tenemos que hacer algún comentario o pregunta la hacemos en el chat. Ellos dicen lo que tengan que decir, tarden lo que tarden, que por cierto esto se hace en el horario bisagra del centro, en el momento de cambio de turno entre mañana y tarde, de modo que la gente de la tarde tiene que llegar antes para asistir a la reunión y los de la mañana tienen que cerrar antes la consulta. Ellos seleccionan las preguntas y las que quedan sin responder te dicen que las responderán por correo, y luego algunas se responden y otras no. Más allá de esos correos electrónicos, no conozco que se haya articulado ningún mecanismo de participación”, destaca Clara, médica de Madrid.

“Los profesionales hemos participado muy poco. Nos han metido a la asistencia y por responsabilidad a eso hemos estado. Hemos trabajado como hormigas sin tener posibilidad de expresarnos. En los equipos hay gente con mucha experiencia y no se ha tenido en cuenta. Hemos tenido información de pasillo”, subraya Carol, médica de Olot.

“Seguro que hay canales entre gerencias y coordinaciones de centros médicos, pero no los hemos percibido. Nuestros coordinadores han tenido reuniones, pero no estaba del todo desarrollado el circuito para tener la información”, afirma Ignacio Sánchez, médico de Castilla-La Mancha.

“Tú estás en la implementación, pero los protocolos se han hecho en despachos por personas que no atienden. Pediría que los médicos de base pudiéramos participar en el diseño de protocolos por lo menos dando nuestra opinión. Ha habido reuniones con sociedades científicas, con expertos (la mayoría son hombres, hay poca representación de mujeres), pero los asistenciales deberíamos haber podido asesorar”, afirma Pako Díaz, médico de Barcelona.

“Me he sentido solo. Ni el menor interés en escucharnos. Desde el Colegio de Médicos y el Consejo General de Colegios de Médicos hemos aportado soluciones, no quejas, y a día de hoy seguimos pendientes de que quieran escucharnos. Echamos en falta a nuestra propia gerencia. Conociendo la precariedad de medios al principio de la pandemia, la dirección no se acercó a ayudar o mostrar su apoyo a sus médicos, a sus enfermeras, y preguntarnos: ‘¿Qué necesitáis, cómo os podemos ayudar?’. Así, el sentimiento que se genera es el de abandono, que es lo que hemos sentido”, destaca Francisco del Río, médico de Castilla-La Mancha.

“Había poco espacio para participar, se esperaba de nosotras que actuáramos cual robot”, subraya una médica de Barcelona.

Durante la pandemia, el Comité DESC recordó a los Estados que es esencial consultar a los profesionales sanitarios de primera línea y prestar la debida consideración a sus recomendaciones.<sup>284</sup> Por su parte, el Relator Especial sobre el derecho a la salud subrayó que un sistema sanitario no puede funcionar bien si carece de procesos transparentes y participativos que cuenten con la presencia gubernamental y con una amplia representación del sector sanitario y de la opinión pública.<sup>285</sup> Asimismo, la OMS adoptó en el mes de marzo unas recomendaciones en relación al bienestar de los profesionales sanitarios. Entre ellas destacaba la de asegurar una comunicación de buena calidad y brindar actualizaciones precisas de la información a todo el personal.<sup>286</sup>

## **5.4. EL PELIGRO DEL DESGASTE PROFESIONAL PARA EL SISTEMA DE SALUD**

La situación que ha enfrentado el personal sanitario de la atención primaria ha generado un enorme desgaste y un sentimiento creciente de frustración.

“*La atención que estamos dando ahora está muy lejos de lo que creemos que debería ser. Mucha desmotivación, mucho descontento, mucha gente que quiere cambiar de profesión. Mucha gente muy triste. Y mucha sensación de maltrato por parte de las autoridades*”.

*Eva Mayor, médica de Barcelona.*

“*Yo acabé el MIR hace más de quince años y he podido ver un deterioro progresivo. La primaria que conocí y la que ahora vivo dista mucho de lo que yo quería. Yo no quiero trabajar menos, lo que quiero es más tiempo por paciente y más calidad. Lo que vemos ahora ha provocado un desgaste en los profesionales y pacientes*”.

*Una médica de Castilla-La Mancha.*

El Foro de Médicos de Atención Primaria llegó a describir las consultas de los centros de salud de algunas comunidades autónomas como “un infierno donde la administración ha dejado solos a los médicos, a los pediatras y al resto de profesionales”, y alertó del riesgo de que este “precario escenario y la gran ansiedad que producen las agendas sobrecargadas, y la necesidad de diagnosticar rápido en esta situación de incertidumbre epidemiológica, desemboque en un aumento de burnout entre los profesionales que trabajan en atención primaria”.<sup>287</sup>

---

284 Comité DESC. Declaración sobre la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) y los derechos económicos, sociales y culturales. E/C.12/2020/1, párrafo 13.

285 Relator Especial sobre el derecho al más alto nivel de disfrute de la salud física y mental. A/75/16, párrafo 65.

286 Ver: <https://www.paho.org/sites/default/files/2020-03/smmaps-coronavirus-es-final-17-mar-20.pdf>

287 Ver: [https://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/comunicado\\_foro\\_ap\\_14\\_septiembre\\_2020.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/comunicado_foro_ap_14_septiembre_2020.pdf). El síndrome de desgaste profesional o burnout afecta a los profesionales sanitarios debido a su nivel de responsabilidad, las expectativas previas y la exigencia. Las dimensiones reconocidas de este desgaste profesional son el cansancio emocional, la despersonalización y el sentimiento de baja realización personal. Las consecuencias pueden ser el deterioro de su salud mental y física, e incluso el abandono de la profesión.



Existen estudios que afirman que los médicos de familia tienen más desgaste profesional que la mayoría de las especialidades.<sup>288</sup> Un informe de la Fundación Galatea expuso que, tras la primera ola, un 42% de los profesionales sanitarios se sintieron más cansados y menos preparados para hacer frente a una segunda ola, y reveló que el impacto que la COVID-19 ha tenido en su salud física y emocional hizo que el 24% se planteara abandonar su trabajo.<sup>289</sup>

“*Al principio se trabajó muy a gusto porque nos salió la vocación más absoluta, pero luego las carencias, el desgaste y la falta de respuesta política nos ha desgastado mucho*”.

Carolina, médica de Cataluña.

El siguiente testimonio ilustra el descontento y la frustración de los profesionales sanitarios.

### CLARA BENEDICTO, MÉDICA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

*Tengo la sensación de no reconocer la atención primaria que siempre hemos defendido y para la que nos formamos. Lo que hacemos ahora se sostiene a duras penas por el esfuerzo de profesionales, sobre todo a costa de la calidad de la atención a los pacientes, y se sostiene por el vínculo. Si yo puedo llamar a alguien a quien conozco y con quien tengo una relación puedo medio hacer algo. Hablar con alguien que no conozco y discutir temas de salud por teléfono es complicadísimo.*

*He dejado de creer que las cosas pueden mejorar. Antes tenía la sensación de que podíamos cambiar las cosas, ahora no. Existe una voluntad clara de desatención, de debilitar la atención primaria, y nos sentimos muy impotentes. Estamos achicando agua con un colador. Todos los días dejamos a gente sin llamar porque no podemos. Llegamos antes al trabajo, hacemos horas extras y ha llegado un momento en que ni aun así. Los profesionales de atención primaria, cada uno a su manera y en su contexto, estamos rotos. La atención primaria ya estaba forzando, pero sostenía el trabajo porque tenía algunos alicientes, principalmente la esperanza de mejorar y el vínculo con las personas a las que atendemos. Todo eso se ha roto. Nos hemos sentido muy maltratados y desoídos. El ambiente ahora es de desolación y de enfado y de desesperanza.*

*Los días que descanso tengo pesadillas con el trabajo. Antes de ir a trabajar tengo ansiedad anticipatoria. Esto les pasa a casi todas mis compañeras.*

*Tengo la sensación horrible de que en los momentos de mayor estrés dejo de ver personas, de que es trabajo que hay que sacar adelante; alguien me está contando algo y yo estoy deseando que acabe para pasar al siguiente, para poder seguir atendiendo a gente. Me estoy convirtiendo en un tipo de profesional que no quiero ser. He pedido una excedencia. Hasta ese punto he llegado. Muchos lo están pensando.*

288 Medscape National Physician Burnout & Depression Report 2020.

289 Fundación Galatea, CoMB, IESE, IEB-UB. Estudio sobre el impacto de la pandemia en la salud de los profesionales sanitarios. Resultados preliminares. Disponible en: [https://www.fgalatea.org/es/fitxa\\_destacat.php?Up=EHJL](https://www.fgalatea.org/es/fitxa_destacat.php?Up=EHJL)

# CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El sistema de atención primaria en España ha sufrido dos pandemias. La primera, la de la COVID-19. La segunda, la gestión llevada a cabo por las autoridades centrales y autonómicas, que ha adolecido de falta de planificación, inversión y transparencia para afrontar la primera.

Si bien ningún sistema sanitario podía estar preparado para una pandemia de tal magnitud, el país afrontó la crisis con un sistema de salud muy debilitado —de manera especial, la atención primaria— por las políticas de austeridad llevadas a cabo en los últimos años. Asimismo, las medidas que se adoptaron durante la pandemia relacionadas con el sistema de atención primaria y la falta de refuerzo en términos de recursos humanos y materiales contribuyeron a situarlo entre el abandono y el desmantelamiento.

Este riesgo de desmantelamiento viene de lejos, aunque ahora se haya profundizado. Durante los últimos años, mientras el Producto Interior Bruto (PIB) subió un 8,6% entre 2009 y 2018, el gasto sanitario público en dinero constante —teniendo en cuenta la inflación— se redujo en un 11,21%. La atención primaria se vio afectada de manera especial, reduciéndose de media un 13% en esos años. A pesar de que la OMS recomienda destinar el 25% del gasto sanitario a la atención primaria, en España este porcentaje pasó de un 14,3% en 2009 a un 13,9% en 2018. España también se sitúa por debajo de la mayoría de los países de nuestro entorno en los ratios de personal médico en atención primaria y de enfermería.

Amnistía Internacional considera que España ha vulnerado el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

En las tres comunidades autónomas objeto de estudio, las medidas de refuerzo de la atención primaria fueron insuficientes para garantizar el acceso a la atención sanitaria de una población con crecientes necesidades de salud, conduciendo a la atención primaria a una situación cercana al colapso asistencial. En resumen, se redujo la accesibilidad de personas con posibles enfermedades a los centros que estaban abiertos, las listas de espera aumentaron, los tiempos de consulta se acortaron y disminuyó la atención domiciliaria, quebrándose el vínculo de confianza y cercanía entre el personal sanitario y los pacientes, a pesar del esfuerzo realizado por los y las profesionales sanitarios.

Al inicio de la pandemia, en las tres comunidades estudiadas —la Comunidad de Madrid, Cataluña y Castilla-La Mancha— se cerraron centros de salud y consultorios locales. Asimismo, el modelo de asistencia presencial se transformó en un modelo de atención telefónica para prevenir contagios en los centros de salud. Sin embargo, esta transición se produjo de manera brusca y sin los necesarios adelantos tecnológicos, en un contexto de gran presión asistencial y sin medidas de refuerzo suficientes, tanto en términos de recursos materiales como humanos. También se instauró un sistema de triaje en los centros de salud, y las personas sin sintomatología COVID-19 que decidían acudir a los centros médicos debido a las barreras de acceso vía telefónica, tampoco recibieron atención sanitaria, solo la recomendación de volver a sus domicilios y esperar la llamada del personal sanitario, postergándose más su atención. Estas medidas se produjeron sin dar información adecuada a la población.

La gestión sanitaria de la pandemia en atención primaria —centrada sobre todo en la COVID-19 y sin refuerzo adecuado del sistema sanitario— provocó una discriminación indirecta en el acceso al derecho a la salud de las personas con patologías no COVID-19 y con necesidades especiales de salud. Así, los grupos que más han sufrido el impacto de estas barreras en el acceso y la calidad de la atención sanitaria, poniéndose en grave riesgo su derecho a la salud, son las personas mayores, pacientes con enfermedades crónicas y pacientes con enfermedades de salud mental, los grupos que más dependen del sistema sanitario. Asimismo, las personas inmigrantes han visto cómo han crecido las dificultades ya existentes de acceso al sistema. En cuanto a las mujeres, que representan un alto porcentaje de las personas cuidadoras, han sufrido de manera especial la quiebra de la atención primaria pues han asumido los cuidados de personas enfermas ante una atención primaria desbordada. Y se ha producido un incremento de la violencia de género durante la pandemia, en un contexto en el

que el sistema de atención primaria podría no tener los medios suficientes para identificar a algunas mujeres víctimas de violencia de género. Las autoridades sanitarias del Gobierno central y de las tres comunidades autónomas estudiadas contravinieron recomendaciones de la OMS y mecanismos internacionales de protección de derechos humanos que instaban a los Estados a fortalecer la atención primaria, con el fin de garantizar el acceso al derecho a la salud de todas las personas, especialmente de los grupos en situación de vulnerabilidad.

Además, el abandono se extendió a la falta de protección del personal sanitario, pues tuvo acceso limitado a equipos de protección individual (EPI) durante la primera fase de la pandemia, lo que llevó a que, en abril, España fuera el país con las cifras de contagio de profesionales de la salud más altas de Europa. A fecha de cierre de este informe, más de 123.000 se han contagiado, de los cuales el 78% son mujeres y, según datos de organizaciones del sector sanitario, han fallecido 80 profesionales médicos y 9 enfermeras. Por otra parte, la sobrecarga asistencial que han soportado las y los sanitarios, junto con la percepción de no contar con suficientes medios para atender las necesidades de salud y realizar diagnósticos en condiciones adecuadas, ha provocado niveles crecientes de frustración y abandono de la profesión, lo que supone un peligro en un sistema ya infradotado de personal. Las mujeres sanitarias en general, y sobre todo las que tienen personas dependientes a su cargo, han sufrido especialmente esa sobrecarga.

Esta situación se dio en un contexto de falta de transparencia por parte de las autoridades sobre algunos aspectos del impacto de la pandemia en el derecho al acceso a la salud. En este sentido, Amnistía Internacional solicitó una reunión con la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid pero a fecha de cierre de este informe no había sido posible mantenerla. Por último, también hay que resaltar la falta de información sobre qué porcentaje del Fondo COVID-19 dedicará el Ministerio de Sanidad a la atención primaria, que no se hayan publicado los planes de mejora de la inversión en la atención primaria adoptados en Cataluña y la Comunidad de Madrid, y la escasez de estadísticas actualizadas y detalladas sobre los contagios y fallecimientos entre el personal sanitario.

En resumen, la desinversión del sistema sanitario durante los últimos diez años y en concreto de la atención primaria, la falta de inversión adecuada en recursos materiales y humanos durante la pandemia, las consecuentes barreras en el acceso a la atención sanitaria y la escasez de protección del personal sanitario y el impacto de las condiciones del sistema en su salud mental, llevan a Amnistía Internacional a concluir que España ha vulnerado el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

El contexto de la actual campaña de vacunación hace aún más necesario y urgente el incremento de inversión en la atención primaria, para que esta se desarrolle con eficacia y llegue al mayor número de personas en el menor tiempo posible. Asimismo, es urgente revertir la falta de participación del personal sanitario en el diseño de las medidas sanitarias y asegurar que la campaña de vacunación se realiza en consulta con el sector. Una campaña de vacunación efectiva logrará en un futuro aliviar la sobrecarga asistencial que existe en la atención primaria.

# RECOMENDACIONES

Amnistía Internacional considera que aún se está a tiempo de revertir esta situación de debilidad del sistema de atención primaria si se adoptan las medidas que refuercen a corto y a largo plazo el nivel asistencial en España. Las Comunidades Autónomas deben incrementar, a corto plazo y de manera urgente, la inversión en recursos humanos y en infraestructuras y equipamientos para garantizar el acceso a la atención primaria de las personas en situación de mayor vulnerabilidad: las personas mayores, las personas con enfermedades crónicas o con enfermedades de salud mental, las personas inmigrantes y, de manera especial, las mujeres, con planes específicos. Asimismo, de manera progresiva, deben aumentar en los presupuestos de los próximos años la inversión asignada a la atención primaria para alcanzar el 25% del total del gasto sanitario público, tal y como recomienda la OMS. Por su parte, el Ministerio de Sanidad debe definir, en consulta con las Comunidades Autónomas, indicadores que permitan evaluar en todo momento la capacidad asistencial de la atención primaria, y en especial previamente a la adopción de medidas de salud pública. Asimismo, debe mostrar un liderazgo mayor a la hora de solicitar a las Comunidades Autónomas el cumplimiento de las recomendaciones de organismos internacionales que instan a los Estados a incrementar su inversión en atención primaria.

Amnistía Internacional recomienda al Ministerio de Sanidad y a los gobiernos autonómicos, en particular a la Comunidad de Madrid, Castilla-La Mancha y Cataluña, la adopción de las siguientes medidas:

## 1. Reforzar el sistema de atención primaria

### A CORTO PLAZO:

#### A los gobiernos autonómicos:

- > Con carácter general y de manera urgente, reforzar las plantillas de la atención primaria. Alcanzar la media de ratios de profesionales de la Unión Europea y hacer frente al aumento de la carga asistencial sobre el personal sanitario durante la pandemia de COVID-19 y con posterioridad a la misma. Este refuerzo es necesario también para realizar la supervisión y el control de las residencias de personas mayores de modo que su derecho a la salud esté garantizado, así como para la campaña de vacunación.
- > Incrementar la inversión en infraestructuras y recursos materiales en los centros de atención primaria.

#### Al Ministerio de Sanidad y los gobiernos autonómicos:

- > Diseñar indicadores que permitan evaluar en todo momento la capacidad asistencial de la atención primaria, y de manera especial antes de adoptar medidas de salud pública, tal y como se hace en relación a la capacidad asistencial hospitalaria.
- > Establecer un Plan de sustituciones para cubrir las ausencias de profesionales, con el fin de evitar la sobrecarga asistencial del personal sanitario y garantizar el acceso a la atención sanitaria de la población.
- > Adoptar medidas para la desburocratización de las consultas. En concreto, reforzar los equipos de atención primaria con personal administrativo con formación sanitaria.

#### Al Ministerio de Sanidad:

- > Recomendar el incremento de la inversión en materia de atención primaria a las Comunidades Autónomas.



## A MEDIO/LARGO PLAZO:

### A los gobiernos autonómicos:

- > Incrementar de manera progresiva la inversión asignada a la atención primaria en los presupuestos anuales, que deberá alcanzar el 25% del total de gasto sanitario, tal y como recomienda la OMS, siendo la inversión tanto en recursos humanos como en infraestructuras y equipamiento. El diseño de los presupuestos debe incluir un análisis detallado del gasto necesario en atención primaria para garantizar que todas las personas puedan disfrutar del derecho a la salud y que la calidad de la atención sanitaria no se vea resentida.
- > Evaluar cuántos profesionales y de qué tipo, sanitario y no sanitario, configuran las actuales plantillas de los centros de salud, con el fin de diseñar un Plan de adecuación para responder a las necesidades de atención de la población basadas en indicadores como envejecimiento y vulnerabilidad social y económica, entre otros.
- > Garantizar que las demandas de atención no urgentes se atiendan en menos de 48 horas, tal y como fija el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria.
- > Aumentar el personal y los recursos destinados a la medicina comunitaria para atender las necesidades sociales y de salud de la población.
- > Impulsar en cada comunidad autónoma un Plan estratégico de atención primaria, con objetivos a corto y medio plazo en provisión de servicios y resultados en salud, que incluyan criterios de calidad para cada servicio, medibles y evaluables.

### Al Ministerio de Sanidad y los gobiernos autonómicos:

- > Adoptar y poner en marcha un Plan de recuperación por síndrome de burnout o por síndrome de estrés postraumático de los profesionales sanitarios, que integre una perspectiva de género.
- > Poner en marcha un Plan de recursos humanos cuya prioridad sea la estabilidad en el empleo, con una perspectiva de género, y adoptar medidas legislativas que establezcan mecanismos permanentes de cobertura de las vacantes, evitando tener que recurrir a la contratación temporal para cubrir vacantes estructurales. La política de recursos humanos es una cuestión esencial en la gestión sanitaria que tiene, además, un impacto en la calidad de la atención sanitaria.
- > Adoptar medidas legislativas que aseguren un cupo máximo de pacientes por profesional y que garanticen una atención sanitaria adecuada. Evaluar si el objetivo marcado por el Marco Estratégico para la Atención Primaria, que lo sitúa en un cupo máximo de 1.500 personas asignadas en edad adulta y de 1.000 personas en edad pediátrica, es el adecuado, asegurando mecanismos de participación efectiva de los y las profesionales en el diseño de los cupos.

## 2. Mejorar la protección del personal sanitario

### Al Ministerio de Sanidad y los gobiernos autonómicos:

- > Proporcionar al personal sanitario equipos de protección individual (EPI) adecuados y suficientes para protegerse durante la pandemia de COVID-19, en particular mascarillas FFP2, así como información sobre el almacenamiento estratégico de los EPI.



- Examinar de manera continuada si la totalidad del personal sanitario tiene acceso a EPI, qué tipos de EPI faltan y dónde faltan, para tener un conocimiento completo de las necesidades. El análisis incluirá una perspectiva de género, por ejemplo en relación al tallaje de los EPI, para asegurar una protección eficaz a las mujeres sanitarias.
- Estudiar todas las opciones disponibles para aumentar las existencias y el reparto de EPI de calidad para el personal sanitario, y fomentar la fabricación nacional mediante la concesión de incentivos y medidas de apoyo a las empresas.

### **3. Garantizar el acceso a la atención primaria de las personas en situación de mayor vulnerabilidad**

#### A los gobiernos autonómicos:

- Eliminar las barreras de acceso a la atención primaria de los grupos en situación de mayor vulnerabilidad y adoptar medidas concretas para asegurar que las necesidades de salud de las personas mayores, personas con enfermedades crónicas o con enfermedades de salud mental están integradas en las estrategias de gestión sanitaria, y que se garantiza su derecho a la salud sin ningún tipo de discriminación, tal y como han recomendado la OMS y diversos mecanismos de protección de derechos humanos de las Naciones Unidas.
- Adoptar reformas legislativas que aseguren el acceso a la atención sanitaria sin ningún tipo de discriminación en relación a la situación administrativa de las personas que están en el país.

#### Al Ministerio de Sanidad:

- Adoptar medidas legislativas que garanticen el acceso a la atención sanitaria universal, para todas las personas, sin ningún tipo de discriminación, incluyendo las que están en situación administrativa irregular y las reagrupadas legalmente con familiares residentes en el país.

### **4. Garantizar una información detallada y transparente**

#### Al Ministerio de Sanidad y los gobiernos autonómicos:

- Publicar de manera constante y actualizada datos relativos a la inversión realizada en atención primaria durante la pandemia, planes de refuerzo y nuevas contrataciones, así como datos de contagios y fallecimientos por COVID-19 entre el personal sanitario, desglosados por sexo, lugar de trabajo, comunidad autónoma y profesión, entre otras cuestiones.

### **5. Garantizar mecanismos de participación efectiva del personal sanitario en el diseño de la gestión sanitaria**

#### Al Ministerio y los gobiernos autonómicos:

- Asegurar mecanismos de participación informada y efectiva del personal sanitario en el diseño e implementación de todas las políticas que les afecten, atendiendo a las diferencias de género.



## **6. Adoptar mecanismos efectivos de rendición de cuentas**

### Al Ministerio de Sanidad y los gobiernos autonómicos:

- > Realizar una evaluación exhaustiva, efectiva, transparente e independiente sobre la preparación de las autoridades sanitarias centrales y autonómicas respecto a la pandemia y sus respuestas a esta. Las autoridades deben analizar el impacto de la gestión sanitaria, en especial en el ámbito de la atención primaria y cómo ha afectado al derecho a la salud de las personas. El proceso de evaluación deberá asegurar mecanismos que garanticen la participación efectiva del personal sanitario.
- > En el supuesto de que el resultado de la evaluación desvele que hay motivos para creer que, en el contexto de la pandemia, los organismos públicos no han protegido adecuadamente los derechos humanos, incluidos los derechos del personal sanitario, se deben proporcionar recursos efectivos y accesibles –investigaciones exhaustivas, creíbles, transparentes, independientes e imparciales sobre estas denuncias–, garantizar la rendición de cuentas y asegurar que ninguna inacción a la hora de proteger los derechos humanos se repite en futuras oleadas de la pandemia de COVID-19 o en el brote masivo de cualquier otra enfermedad.

### Al Congreso de los Diputados:

- > Exigir el cumplimiento de las medidas contenidas en el dictamen de la Comisión para la *Reconstrucción Social y Económica* en materia de refuerzo de la atención primaria y exigir mecanismos de rendición de cuentas por el impacto de la gestión sanitaria durante la pandemia.

### A los parlamentos autonómicos:

- > Exigir el cumplimiento de las medidas contenidas en el dictamen de la Comisión para la *Reconstrucción Social y Económica* del Congreso de los Diputados en materia de refuerzo de la atención primaria y exigir mecanismos de rendición de cuentas por el impacto de la gestión sanitaria durante la pandemia.

## **7. Garantizar la igualdad de género en la gestión sanitaria**

### Al Ministerio de Sanidad y los gobiernos autonómicos:

- > Adoptar medidas orientadas a garantizar la igualdad de género en el empleo y la conciliación de la vida laboral y personal para las profesionales de la salud. Asimismo, se adoptarán medidas para asegurar la igualdad de género en todos los espacios de participación y toma de decisiones, con el fin de corregir la actual situación del sistema sanitario, donde la gran mayoría de profesionales son mujeres y sin embargo no están representadas de manera adecuada en los órganos de decisión.





**AMNISTÍA**  
**INTERNACIONAL**





# WRONG PRESCRIPTION

THE IMPACT OF AUSTERITY MEASURES ON THE  
RIGHT TO HEALTH IN SPAIN

**Amnesty International is a global movement of more than 7 million people who campaign for a world where human rights are enjoyed by all.**

**Our vision is for every person to enjoy all the rights enshrined in the Universal Declaration of Human Rights and other international human rights standards.**

**We are independent of any government, political ideology, economic interest or religion and are funded mainly by our membership and public donations.**

© Amnesty International 2018

Except where otherwise noted, content in this document is licensed under a Creative Commons (attribution, non-commercial, no derivatives, international 4.0) licence.

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

For more information please visit the permissions page on our website: [www.amnesty.org](http://www.amnesty.org)

Where material is attributed to a copyright owner other than Amnesty International this material is not subject to the Creative Commons licence.

First published in 2018

by Amnesty International Ltd

Peter Benenson House, 1 Easton Street

London WC1X 0DW, UK

**Index: EUR 41/8136/2018**

**Original language: English**

**[amnesty.org](http://amnesty.org)**



*Cover photo: © AI / Lupe de la Vallina*

**AMNESTY  
INTERNATIONAL**



# CONTENTS

<b>EXECUTIVE SUMMARY</b>	<b>5</b>
<b>METHODOLOGY</b>	<b>10</b>
<b>1. THE ECONOMIC CRISIS AND INTRODUCTION OF AUSTERITY</b>	<b>13</b>
1.1 INCREASED FINANCIAL VULNERABILITY, POVERTY AND INEQUALITY	14
1.2 INCREASED RISK OF POOR HEALTH DURING THE ECONOMIC CRISIS	14
1.2.1 UNEMPLOYMENT	15
1.2.2 RISK OF HOMELESSNESS AND EVICTIONS	15
1.3 INTRODUCTION OF AUSTERITY MEASURES	16
<b>2. IMPACT OF AUSTERITY MEASURES ON THE RIGHT TO HEALTH</b>	<b>19</b>
2.1 REDUCTIONS IN PUBLIC HEALTH EXPENDITURE	20
2.2 DETERIORATION IN THE AFFORDABILITY OF HEALTH CARE	21
2.2.1 AUSTERITY MEASURES THAT SHIFTED SOME COSTS OF HEALTH CARE TO INDIVIDUALS	21
2.2.2 THE INCREASED FINANCIAL BURDEN OF HEALTH CARE	22
2.3 DETERIORATION IN THE ACCESS TO AND QUALITY OF HEALTH CARE	27
2.3.1 AUSTERITY MEASURES LINKED TO ACCESS TO AND QUALITY OF HEALTH CARE	27
2.3.2 DELAYS IN ACCESS TO HEALTH CARE	31
2.3.3 REDUCED TIME WITH HEALTH WORKERS AND QUALITY OF CARE	34
2.3.4 CONCERNS REGARDING THE QUALITY OF EQUIPMENT	36
<b>3. ALL ALTERNATIVES WERE NOT EXHAUSTED</b>	<b>38</b>
3.1 EXHAUSTION OF ALTERNATIVE AND LESS RESTRICTIVE MEASURES	39
3.2 DISPROPORTIONATE IMPACT AND HUMAN RIGHTS IMPACT ASSESSMENTS	41
3.3 GENUINE CONSULTATION AND PARTICIPATION OF AFFECTED PEOPLE	42
3.4 TEMPORARINESS OF THE MEASURES IMPOSED	43
<b>4. ROLE OF THE EUROPEAN UNION</b>	<b>44</b>
4.1.1 EXCESSIVE DEFICIT PROCEDURE	44
4.1.2 EUROPEAN SEMESTER	45
4.1.3 FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAMME	46

4.2 INADEQUATE ACTION TO IDENTIFY AND REDUCE RISK OF HUMAN RIGHTS IMPACT	46
4.2.1 HUMAN RIGHTS OBLIGATIONS NOT CONSIDERED IN THE DEVELOPMENT OF RECOMMENDATIONS	47
4.2.2 HUMAN RIGHTS IMPACT ASSESSMENTS	47
4.2.3 INADEQUATE SAFEGUARDS	48
<b>5. SPAIN'S HUMAN RIGHTS OBLIGATIONS</b>	<b>49</b>
5.1 THE RIGHT TO HEALTH	49
5.2 AUSTERITY & HUMAN RIGHTS	50
5.3 SPECIFIC OBSERVATIONS ON SPAIN BY HUMAN RIGHTS MONITORING BODIES	51
<b>6. CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS</b>	<b>52</b>

# EXECUTIVE SUMMARY

**“These budget cuts don’t make sense ... We feel insulted, humiliated and powerless.”**

Man using the public health system

**“We have all suffered because of the cuts: nurses, doctors, patients, families, everyone.”**

Nurse working in the public health system

This report analyses what impact the austerity measures, introduced by the government following the economic and financial crisis of 2008, have had on the right to health in Spain. Based on comprehensive desk-research and interviews with 243 people in Andalucía and Galicia, Amnesty International found that the austerity measures have resulted in a deterioration of the accessibility, affordability, and quality of health care in Spain. They have had a particular and disproportionate impact on people with lower incomes, and especially on people with chronic health conditions, people with disabilities, older persons, and people accessing mental health care. Amnesty International can conclude that the retrogressive impact of the austerity measures, combined with how they were developed and implemented, means that Spain is in violation of the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health.

## **WHY IS AUSTERITY A HUMAN RIGHTS ISSUE?**

Spain has ratified a range of international and regional human rights law treaties that require the right to health be respected, protected and fulfilled. The obligation to realise the right to health is a progressive one. Spain has an immediate obligation to take deliberate, concrete and targeted steps towards the full realization of the right to health. Under international human rights law, there is a strong presumption against deliberately retrogressive measures. Austerity measures, such as those introduced in Spain described above, usually involve reductions in public spending and structural changes in welfare systems to save costs. These often have the effect of causing a retrogression in the enjoyment of economic, social and cultural rights. Given these risks, human rights monitoring bodies have developed guidelines for how austerity measures should be developed and implemented by states to be consistent with their economic, social and cultural rights obligations. These criteria include demonstrating the existence of a compelling state interest; the necessity, reasonableness, temporariness and proportionality of the austerity measures; the exhaustion of alternative and less restrictive measures; the non-discriminatory nature of the proposed measures; protection of a minimum core content of the rights; and genuine participation of affected groups and individuals in decision-making processes.

## **THE ECONOMIC CRISIS AND INTRODUCTION OF AUSTERITY MEASURES**

The impact of the global economic crisis combined with weaknesses in Spain's economy resulted in the Spanish economy officially entering recession in 2008. The economic crisis had a severe impact on people in Spain, with levels of financial vulnerability, poverty and inequality increasing. The unemployment rate, which had been falling steadily before the economic crisis, rose from 8.2% (2007) to 26.1% (2013). The percentage of households unable to meet an unexpected financial expense increased from 30.8% (2007) to 42.7% (2014). In-work at-risk-of-poverty rates, which measures poverty amongst people who are working, stood at 13.1% in 2015, amongst the highest in the EU. As the economic crisis unfolded in Spain, it impacted a range of factors – such as housing and employment - with potentially negative consequences for people's health. The increase in poverty and financial vulnerability combined with the risk of poorer health outcomes called for greater support to the public health system, particularly for marginalized groups who are often the worst affected. While the government's initial response to the economic crisis was to adopt a stimulus package and increase public spending, it later changed its strategy and began to reduce public spending, including by introducing austerity measures. Several measures introduced to limit public expenditure impacted existing social security protection and disposable incomes, which risked increasing financial vulnerabilities during the economic crisis.

In the context of health specifically, starting 2009, the government began to cut public spending on health. Total public health expenditure in 2013, including the central and regional levels, was 12.7% lower than expenditure in 2009. The government also introduced a range of policies to reduce the costs of the Spanish public health system ("Sistema Nacional de Salud", hereinafter "SNS"), notably through the Royal Decree Law 16/2012 (hereinafter "RDL 16/2012"). It limited the health care that irregular migrants could access. The government also instituted measures to shift the burden of certain health costs on to individuals: it re-structured the common portfolio of services in the SNS to make it possible for more products and services to involve co-payments through future regulation. It introduced pharmaceutical co-payments in some instances for groups who could previously access health care freely, and increased the rates for some others. And finally, it added to the list of criteria based on which medicines would be covered or excluded from SNS financing, following which over 400 products were removed from SNS funding.

**“We saw that with the RDL 16/2012, healthcare was impacted for those most vulnerable, and for those at heightened risk. This is an almost unbearable cruelty.”**

Doctor working in the SNS

As a part of the reductions in public health expenditure, spending on remuneration for health workers also fell: in 2013, this spending was 10% lower than it was in 2009. One of the ways in which this was accomplished was through limiting hiring and changing working conditions. In the period between 2011 and 2014, the National Health System lost almost 28,500 workers and reliance on temporary contracts in the SNS increased. Cumulatively, these changes have impacted the health workers who continue to work in the SNS. All health workers interviewed told Amnesty International that their jobs had become harder after the austerity measures were introduced, and that they were seeing more patients and working longer hours than before, saying they felt “powerless” and “disillusioned with the system” after the budget cuts and changes to the health system described above. “At the start of the crisis we had more strength. As years have gone by, we have become more tired. For years, we have been carrying this burden,” one doctor said.

## **THE IMPACT OF AUSTERITY MEASURES ON THE RIGHT TO HEALTH**

The austerity measures in the SNS resulted in a deterioration of the accessibility, affordability, and quality of health care. Many of these changes have had a particular and disproportionate impact on people with lower incomes, and within this group, on people with chronic health conditions, people with disabilities, older persons, and people accessing mental health care.

## A. INCREASED FINANCIAL BURDEN OF HEALTH CARE

**“I cannot live with the pain, I need to take my medicines. Either I take my medicines, or I kill myself [because of the pain] ... so if I have to starve myself, I do it, because I must buy medicines.”**

Man using the public health system

Amnesty International spoke with 107 users of the SNS and their families and carers. Almost all of them said that the amount they spent on healthcare had increased since the crisis began and austerity measures were introduced. Even though the sums involved were not high, people explained that this created a significant strain because of their low incomes and/or because they are now supporting more dependants on their incomes. Many noted the anxiety and financial burden the increased costs of health care caused them. “It is a huge effort to pay for medicines,” L, an older woman who recently had surgery, told Amnesty International. Many people made it clear that they were only able to afford these medicines because they had support from family members, and would not be able to do so on their own income. Others told Amnesty International how they either did not access all the health care they needed for financial reasons – for example, take all their medication – or made choices about whether to pay for health care or other expenses. Most of the 75 health workers who shared information with Amnesty International also said that they had seen an increase in their patients struggling with and worrying about health care costs since the crisis began and austerity measures were introduced. As one doctor said, “I didn’t think this would be an issue, but after the crisis, I see a lot of old people who can’t cover medicine costs”.

## B. DELAYS IN ACCESS TO HEALTH CARE

Increased waiting times to access health care emerged as a key issue in all interviews, including with experts, health workers or people using the health system. People told Amnesty International that they waited longer for appointment with specialists, for diagnostic testing, and for treatment options. These concerns are corroborated by data published by the SNS: for example, the number of people waiting for elective surgeries as well as the time they spend waiting have increased since the years of the crisis. In 2010, the average waiting time was 65 days; in 2016 it was 115 days, which is almost double. As a result, people using the SNS and their families described the difficulties caused by the waiting lists, including the anxiety they felt as a result of not knowing the cause of their pain or of the other symptoms they experienced. For example, S, a 32 year old woman, has a physical disability and uses a wheelchair. When Amnesty International met her, she had been experiencing a lot of pain in her legs. She underwent some tests to identify the cause of the pain in February 2017. She only got an appointment with a specialist to interpret the results in January 2018. “When I have pain, I have to wait a year to find out what the matter is. It makes you concerned that it might get worse. And anxious. But you still get no treatment”, she said. People explained how they had to live with their medical symptoms, including serious pain, for a much longer time because of the waiting lists. M, a 49 year old woman, suffers from a degenerative bone disease. She has been experiencing a lot of pain in her leg. In August 2017, she met her doctor who referred her to a specialist. She only got an appointment with the specialist for June 2018. While she waits for this appointment, she is also anxious about what might be causing the pain. “Right now I am taking painkillers and anti-inflammatory drugs to get by”, she told Amnesty International. “I want for us chronic patients to have more support,” she said. “We all have to endure a lot of pain before we actually go to the doctor [now]”.

## C. REDUCED TIME WITH HEALTH WORKERS AND QUALITY OF CARE

In the years when the number of health workers decreased, the numbers of primary care medical consultations, consultations with medical specialists, and surgical interventions increased. The increasing demand for health care services combined with the reduction in numbers of health care workers has coincided with a reduction in the amount of time health workers spent on each patient, impacting quality of



health care. Almost all health workers who spoke with Amnesty International confirmed that the consultation time they had per patient had decreased. This has a particular impact on types of care that are potentially time-intensive. Mental health care is one example. All the people Amnesty International interviewed who were seeking mental health care through the SNS felt the amount of time they spent with their mental health professional has reduced since the crisis started, and was insufficient. One man receiving mental health care and counselling for many years said, “Earlier I had more time with [my psychologist]. Now it’s just 5 minutes. I left the last appointment feeling exactly how I did when I came in”. In several interviews with health workers and health system users, the quality of medical equipment also emerged as a concern.

#### D. ALL ALTERNATIVES WERE NOT EXHAUSTED

**“The patient is the least important thing. We don’t feel represented.”**

Man using the SNS

Furthermore, the manner in which the austerity measures were developed and implemented was inconsistent with criteria developed by international human rights monitoring bodies. Measures that saved costs in the SNS without unduly compromising the right to health were implemented after, and not before, the measures that have had a retrogressive impact. No human rights impact assessments were conducted before the public health budget was cut or RDL 16/2012 was enforced. The levels of participation and consultation in how the austerity measures were developed and implemented were inadequate. And many of the changes introduced to the health system, notably RDL 16/2012, were not temporary and remain in force.

#### ROLE OF THE EU

The recommendations by EU institutions through the Excessive Deficit Procedure and European Semester increased pressure on the Spanish government to put in place the austerity measures that it did. EU institutions made multiple recommendations to Spain to reduce its budget deficit, knowing that this was being accomplished through cuts in public health expenditure. In some instances, specific recommendations were also made to make public health spending more “cost effective”. Simultaneously, however, public studies by other EU bodies, as well as statements by European and international institutions, were pointing to the risks and possible human rights impact that reductions in welfare spending, particularly spending in public health, could have. Given these risks, EU institutions should have played a greater role in identifying and mitigating the human rights impact of these policies. Instead, they have either steered the Spanish government towards policies that were incompatible with Spain’s obligations to fulfil the right to health, or not done enough to mitigate potential human rights impact.

#### RECOMMENDATIONS

In light of the findings and conclusions above, Amnesty International makes the following recommendations (a full list of recommendations can be found at the end of the report):

1. The Ministry of Health, Social Services and Equality should urgently:
  - a. Repeal Article 3, 3 *bis* and 3 *ter* which limit the categories of people who can access health care under the SNS, and ensure that all persons, including irregular migrants, can access public health care on equal terms, free from discrimination.
  - b. Revise Article 8, 8 *bis*, 8 *ter*, and 8 *quarter*, and restore the structure of the common portfolio of services to before RDL 16/2012 came into force. Until this is done, ensure that the structure of any new co-payments includes adequate safeguards to ensure that particular groups – including people with disabilities, older persons, people with chronic health conditions, people accessing mental health care, and people who are on low incomes and economically vulnerable – are not disproportionately disadvantaged; and that health care is affordable to all.
  - c. Revise Article 85 *ter* to restore coverage to medicines “indicated in the treatment of minor symptoms”. Until this is done, consider:
    - i. Introducing financial safeguards or exceptions for groups who are regularly prescribed these medicines, and are disproportionately impacted by their removal.

- ii. Gradually restoring coverage to the medical products that were removed from the SNS catalogue as a result of this amendment, starting with those that are important for groups that are particularly impacted, including people with chronic health conditions and older persons.
  - d. Revise the new structure for co-payments introduced by Article 94 *bis* to, at a minimum, ensure that the co-payment structure guarantees affordable health care for all, and does not result in undue financial burdens on economically vulnerable people, with a view to restoring the situation as it was before RDL 16/2012 came into force.
2. The Ministry of Health, Social Services and Equality should urgently conduct a human rights impact assessment to assess how austerity measures have impacted the right to health in Spain, particularly the rights of groups at risk of greater impact, including people with disabilities, people with chronic health conditions, people accessing mental health care, and older persons. Make the results of this assessment public.
  3. The Ministry of Health, Social Services and Equality should improve the working conditions of health workers, including those that impact the accessibility and quality of healthcare. In particular, restore benefits, reduce the precariousness of health worker contracts, and ensure that adequate numbers of health workers are hired to meet the demand for health services.
  4. Regional Governments, in particular the governments of Andalucía and Galicia, should prioritize increasing budgetary allocations for public health at a regional level, with a view to, at a minimum, restoring total and per capita expenditure on health to before the imposition of austerity measures, as soon as possible.
  5. Regional Governments, in particular the governments of Andalucía and Galicia, should urgently address the difficulties with respect to access, affordability, and quality regarding the right to health identified in this report.
  6. EU Institutions should ensure that recommendations and targets for fiscal consolidation made in the course of the European Semester and the EDP do not undermine states' ability to fulfil their economic and social rights obligations.
  7. EU Institutions should conduct human rights impact assessments of all economic reform programs and financial assistance programmes.

# METHODOLOGY

## TERMINOLOGY

This report uses the term “austerity measures” to refer to government policies that aim to reduce public deficits during a time of economic and financial crisis, including by reducing government spending (for example, through budget cuts in social spending) and increasing government revenue (for example, through increased taxes). In literature on this issue, the terms “fiscal consolidation” and “structural adjustment” policies are often used to describe similar measures. The use of “austerity measures” is consistent with the terminology, commentary and standards developed by the UN Office of the High Commissioner for Human Rights,<sup>1</sup> treaty bodies and special procedures,<sup>2</sup> the Council of Europe,<sup>3</sup> and the International Labour Organization.<sup>4</sup>

## REGIONAL FOCUS

This report expands Amnesty International’s analysis of the impact of austerity measures on economic and social rights in Spain beyond Madrid and Catalonia (which looked at the right to housing) and Comunidad Valenciana, Castilla-La Mancha and the Balearic Islands (which looked at the right to health of irregular migrants), to Andalucía and Galicia.<sup>5</sup> These regions were selected based on consultations with public health experts and civil society groups. Andalucía is the largest and most populous region in Spain. It is one of the regions with the lowest per capita health spending,<sup>6</sup> and was severely affected by the economic and financial crisis. Galicia has a higher per capita health expenditure, and contains a higher concentration of some of the demographic groups this report focuses on, e.g. older persons. The interviews were conducted in and around eight cities: Santiago, Pontevedra, La Coruna and Lugo in Galicia; and Granada, Seville, Malaga and Huelva in Andalucía.

## PROFESSIONALS, EXPERTS AND PEOPLE USING THE PUBLIC HEALTH SYSTEM

Amnesty International conducted the following interviews between June 2017 and January 2018:

- 1) Individual or small-group interviews with 107 individuals who were either seeking or had sought health care through the public health system, and their families and carers.

---

1 UNOHCHR, Report on austerity measures and economic and social rights, 2013,

[www.ohchr.org/Documents/Issues/Development/RightsCrisis/E-2013-82\\_en.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Development/RightsCrisis/E-2013-82_en.pdf) [hereinafter: OHCHR, Report on austerity measures, 2013].

2 Committee on Economic, Social and Cultural Rights [hereinafter: CESCR], Letter dated 16 May 2012 addressed by the Chairperson of the CESCR to States parties to the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 16 May 2012 [hereinafter, CESCR Letter, 16 May 2012]; CESCR, Public debt, austerity measures and the International Covenant on Economic, Social and Cultural rights, UN Doc.

E/C.12/2016/1, 22 July 2016; UN Human Rights Council, Report of the Independent Expert on the question of human rights and extreme poverty, Magdalena Sepúlveda Carmona, UN Doc. A/HRC/17/34, 17 March 2011; UN Human Rights Council, Development of guiding principles for assessing the human rights impact of economic reform policies, UN Doc. A/HRC/37/54, 20 December 2017.

3 Parliamentary Assembly of the Council of Europe, ‘Austerity measures – a danger for democracy and social rights’, 26 June 2012, <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=18916&lang=en>; Council of Europe, 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 International Labour Organization, ‘Global Employment Trends 2012: Preventing a deeper jobs crisis’, 24 January 2012, [http://www.ilo.org/global/research/global-reports/global-employment-trends/WCMS\\_171679/lang-en/index.htm](http://www.ilo.org/global/research/global-reports/global-employment-trends/WCMS_171679/lang-en/index.htm).

5 Amnesty International, Spain: “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); Amnesty International, Spain: El derecho a la vivienda y los desalojos hipotecarios en España (EUR4170015); Amnesty International, Spain: Sin Tarjeta, No Hay Derecho: Impacto en derechos humanos de la reforma sanitaria en Castilla-La Mancha y en la Comunitat Valenciana (EUR4140015) [hereinafter AI Spain, 2015]; Amnesty International, Spain: El Laberinto De La Exclusión Sanitaria. Vulneraciones del derecho a la salud en las Islas Baleares (EUR4160013) [hereinafter AI Spain, 2013].

6 Ministry of Health, Social Services and Equality, Annual Report on the National Health System of Spain 2011, p. 104, [www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnualSNS2011/06\\_INFORME\\_SNS\\_2011\\_INGLES.pdf](http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnualSNS2011/06_INFORME_SNS_2011_INGLES.pdf)

Based on consultations with civil society groups and public health experts, Amnesty International chose to focus on groups that would have been disproportionately affected by the economic crisis and austerity measures generally, such as people with lower incomes, and within this group, people with chronic health conditions, people with disabilities, older persons, and people accessing mental health care. Interviews were arranged through referrals from organizations working on public health and human rights, as well as patients associations. It is likely that we have not been able to reach the most vulnerable individuals, who may not be associated with such organizations and are not getting even this level of support. We have not named the people we spoke with to protect their anonymity. Amnesty International asked questions about the problems people faced accessing health care after the economic crisis and austerity measures and the recommendations they had for the government.

2) Individual or small-group interviews with 36 health workers, including doctors, nurses, and nursing assistants. All health workers interviewed had worked in the public health system before and after the economic crisis and austerity measures. Furthermore, 39 health workers in the public health system in Andalucía and Galicia responded to an online survey from Amnesty International about the impact of the austerity measures. Health workers were asked questions about the impact of austerity measures on their working conditions, on access to health care and on health. In total, the report reflects the perspectives of 75 health workers.

3) Individual or small-group interviews with 61 public health experts, human rights activists, non-profit service providers, experts on budget analysis, and academics working on public health issues, for background and context on the impact of austerity measures on the health system in Spain, and to confirm information that emerged from the other qualitative interviews.

Furthermore, this report is based on extensive desk research including: (a) examining the changes in public health expenditure in Spain at the central and regional levels between 2009 (when the effects of the economic crisis began) and 2015 (date of the last published data, at the time of writing this report) to assess the extent of the cuts, the impact of the cuts on health expenditure relative to other types of spending, and specific areas within health spending that were affected; (b) analysing a broad range of health system indicators in this period, to assess changes, if any; (c) analysing health-related laws and policies, as well as reviewing changes introduced after the economic crisis in the public health system (“Sistema Nacional de Salud”, hereinafter “SNS”); and (d) reviewing secondary literature, including governmental and non-governmental studies on the impact of the economic crisis and austerity measures on the SNS and on health.

The conclusions in this report have been drawn from the quantitative data and secondary literature described above. The qualitative interviews were analysed to identify and highlight the common themes that emerged, and supplement these conclusions. They seek to demonstrate how austerity measures have specifically impacted the groups this report focuses on, and how they have impacted health workers.

## **GOVERNMENT AND EUROPEAN UNION**

Amnesty International sent letters requesting meetings, and containing a detailed list of questions, to the Ministry of Health, Social Services and Equality; the Ministry of Finance and Civil Service; the Regional Ministry of Health, Andalucía; the Regional Ministry of Economy and Revenues, Andalucía; the Galician Ministry for Health; and the Regional Ministry of Economy, Employment and Industry, Galicia. Amnesty International met with representatives from the Andalusian health service in January 2018; and with representatives from the Galician health service and Ministry of Health, Social Services, and Equality in February 2018. Amnesty International sent a list of questions to the Ombudsman, who responded in writing in March 2018. Amnesty International met with representatives of the European Commission’s Directorate-General for Economic and Financial Affairs and Directorate-General for Health and Food Safety in February 2018.

## **SCOPE**

The analysis in this report focuses on the impact of austerity measures on the enjoyment of the right to health in Spain.<sup>7</sup> It does not comment on how the austerity measures impacted individual people’s health.

---

<sup>7</sup> There are many reasons why it is hard to say with certainty what impact these measures have had, or will have, on health status. There is often a time-lag between any real-world event and the publication of health data. Therefore, it might take some years for data to reflect any impact. The long-term health effects of austerity measures might also take years to manifest. Finally, it would be difficult to distinguish the effects of the economic crisis itself, which also presents risk to health, from the effects of the austerity measures. However, many experts have pointed to evidence of change in health status in countries where austerity measures were introduced. See: G Quaglio 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, Volume 15, p. 135; D Stuckler et al, ‘The Body Economic’ 2013 [hereinafter: *The Body Economic*]. This is true of studies related to Spain as well, see: X Bosch et al, ‘The Painful Effects of the Financial Crisis on Spanish Health Care’,

The implementation of austerity measures in Spain also coincided with an increased reliance on private service providers.<sup>8</sup> While acknowledging the links between these two developments, this document does not analyse the impact of this reliance on private services providers on access to health care in Spain.

## **ACKNOWLEDGEMENTS**

We would like to express our profound gratitude to the people who shared their stories with us, without whom this report would not be possible.

We would also like to acknowledge the large role played by public health workers, civil society groups, and social movements for consistently working towards the fulfilment of the right to health in Spain. In particular, we are indebted to the following organizations and experts for their assistance with this research: 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 Mujeres con Discapacidad de Galicia (ACADAR); Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI); 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; and Juan Luis Ruiz-Gimenez.

We are particularly grateful to Helena Legido-Quigley (Associate Professor, Saw Swee Hock School of Public Health and London School of Hygiene and Tropical Medicine), who advised on methodology and reviewed an early draft of this report; and Jesus Sueiro (physician working in the public health system in Galicia), Luis Andrés López Fernández (Professor, Andalusian School of Public Health) and María José Eva Parada (Program Officer for Latin America, International Budget Partnership) who reviewed an early draft of this report. Any mistakes and errors are Amnesty International's responsibility.

---

*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.

<sup>8</sup> For example: H Legido-Quigley et al, 'Will austerity cuts dismantle Spain's healthcare system?' 2013, *British Medical Journal*, Volume 346, p. 18 [hereinafter: Legido-Quigley, 2013].

# 1. THE ECONOMIC CRISIS AND INTRODUCTION OF AUSTERITY

## WHY IS AUSTERITY A HUMAN RIGHTS ISSUE?

Spain has ratified a range of international and regional human rights law treaties that require it to respect, protect and fulfil the right to health, amongst other human rights. Spain has an immediate obligation to take deliberate, concrete and targeted steps towards the full realization of the right to health. The government is required to use the maximum of its available resources to fulfil the right to health for all. There is a strong presumption, under human rights law, against any deliberately retrogressive measures. Austerity measures usually involve reductions in public spending and structural changes in welfare systems to save costs. These can have the effect of causing a retrogression in the enjoyment of economic, social and cultural rights.

Given the human rights risks associated with austerity measures, human rights monitoring bodies have developed guidelines for designing and implementing these measures in line with states' economic, social and cultural rights obligations. These criteria include demonstrating the existence of a compelling state interest; the necessity, reasonableness, temporariness and proportionality of the austerity measures; and the exhaustion of alternative and less restrictive measures. Such measures must also be non-discriminatory and protect the minimum core content of economic and social rights. Governments must ensure genuine participation of affected groups and individuals in decision-making processes.

This report does not comment on whether austerity policies, in general, improve or detract from recovery in times of economic crises. It examines whether the austerity measures introduced by the Spanish government, which impacted the health system, were consistent with its human rights obligations.

The Spanish economy had been growing at a rate higher than the EU average for most of the 2000s.<sup>9</sup> The impact of the global economic crisis combined with weaknesses in Spain's economy resulted in the Spanish economy officially entering recession in 2008. There was a sharp decline in economic activity: the annual Gross Domestic Product (GDP) growth rate fell from 4.2% in 2006 to -3.6% in 2009. While it improved to 0% in 2010, the country entered a second recession soon after, with the annual GDP growth rate falling again to -2.9% in 2012.<sup>10</sup> Government debt, which had been falling since before 2000, rose from 41.7% of GDP in 2007 to its highest in 2014, at 118.4% of GDP.<sup>11</sup> The deficit worsened, going from a surplus of 1.9%

<sup>9</sup> Government of Spain, 'Reforms by the Government of Spain: Combatting the Crisis with Determination' Madrid, September 2012, available at: [www.kas.de/wf/doc/kas\\_8049-1442-1-30.pdf?121029115956](http://www.kas.de/wf/doc/kas_8049-1442-1-30.pdf?121029115956).

<sup>10</sup> Eurostat data on changes in real GDP growth rate by volume, available at: [ec.europa.eu/eurostat/web/national-accounts/data/main-tables?p\\_p\\_id=NavTreeportletprod\\_WAR\\_NavTreeportletprod\\_INSTANCE\\_7JJfnOXKXwXI&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=normal&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-2&p\\_p\\_col\\_count=2](http://ec.europa.eu/eurostat/web/national-accounts/data/main-tables?p_p_id=NavTreeportletprod_WAR_NavTreeportletprod_INSTANCE_7JJfnOXKXwXI&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=2)

<sup>11</sup> General government debt-to-GDP ratio is the amount of a country's total gross government debt as a percentage of its GDP. OECD (2018), General government debt (indicator). doi: 10.1787/a0528cc2-en.

of GDP in 2007 to a deficit of 11% of GDP in 2009 and 9% in 2011.<sup>12</sup> In this period, the Spanish government was under immense pressure, both from within Spain and from the EU, to take strong action to urgently reduce its deficit and stimulate economic growth.

## 1.1 INCREASED FINANCIAL VULNERABILITY, POVERTY AND INEQUALITY

The economic crisis had a severe impact on people in Spain:

- The unemployment rate, which had been falling steadily before the economic crisis, rose from 8.2% (2007) to 26.1% (2013).<sup>13</sup> Youth unemployment rose from 18.1% (2007) to 55.5% (2013).<sup>14</sup> Long-term unemployment, that is, people who have been unemployed for 12 months or more, increased from 20.4% (2007) to 52.8% (2014).<sup>15</sup>
- During the crisis, unemployment rates were slightly higher amongst women (26.7%) than men (25.6%). In 2015, the CEDAW Committee - the body of independent experts that monitors implementation of the CEDAW - also noted that the austerity measures had “a severe and disproportionate impact on women, in particular women with disabilities [and] older women”, and pointed to areas of concern, including the persistent gender wage gap and the concentration of women in part-time work.<sup>16</sup>
- Median income was over 10% lower in 2014 than in 2009.<sup>17</sup> Household disposable income was 2.7% lower in 2012 than in 2009.<sup>18</sup> The percentage of households unable to meet an unexpected financial expense increased from 30.8% (2007) to 42.7% (2014).<sup>19</sup>
- The poverty rate increased from 14% (2012) to 15.9% (2013); the rates were much higher amongst children.<sup>20</sup> 30% of the population was at risk of poverty in 2013 (29.5% in 2016).<sup>21</sup> In-work at-risk-of-poverty rates, which measures poverty amongst people who are working, stood at 13.1% in 2015, amongst the highest in the EU.<sup>22</sup>
- The Gini Coefficient – a commonly used measure of inequality – rose from .324 (2007) to .344 (2014).<sup>23</sup>

## 1.2 INCREASED RISK OF POOR HEALTH DURING THE ECONOMIC CRISIS

Economic crises can lead to poor health outcomes because of their impact on the wide range of socio-economic factors necessary to lead a healthy life, also known as the underlying social determinants of health.<sup>24</sup> As the economic crisis unfolded in Spain, it impacted a range of factors – such as housing and employment - with potentially negative consequences for people’s health.<sup>25</sup>

---

<sup>12</sup> General government deficit is defined as the fiscal position of government after accounting for capital expenditures. OECD (2018), General government deficit (indicator). doi: 10.1787/77079edb-en.

<sup>13</sup> OECD (2018), Unemployment rate (indicator). doi: 10.1787/997c8750-en. These were the second highest unemployment rates in the EU, and more than double the average unemployment rate in the EU. They have since improved, and stand at 17.2%.

<sup>14</sup> OECD (2018), Youth unemployment rate (indicator). doi: 10.1787/c3634df7-en

<sup>15</sup> OECD (2018), Long-term unemployment rate (indicator). doi: 10.1787/76471ad5-en

<sup>16</sup> Committee on the Elimination of Discrimination against Women, Concluding observations on Spain, UN Doc. CEDAW/C/ESP/CO/7-8, 29 July 2015, para. 28 [hereinafter CEDAW Committee, Concluding observations on Spain (2015)].

<sup>17</sup> Eurostat, Mean and median income by age and sex - EU-SILC survey, available here: [ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-datasets/-/ILC\\_DI03](http://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-datasets/-/ILC_DI03)

<sup>18</sup> OECD (2018), Household disposable income (indicator). doi: 10.1787/dd50eddd-en

<sup>19</sup> Eurostat, Inability to face unexpected financial expenses - EU-SILC survey, available here:

[appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc\\_mdcs04&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc_mdcs04&lang=en)

<sup>20</sup> OECD (2018), Poverty rate (indicator). doi: 10.1787/0fe1315d-en. For children - 23.5% (2013) and 22.1% (2015).

<sup>21</sup> Eurostat, People at risk of poverty or social exclusion by age and sex, available here: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/People\\_at\\_risk\\_of\\_poverty\\_or\\_social\\_exclusion](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/People_at_risk_of_poverty_or_social_exclusion)

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

<sup>23</sup> OECD (2018), Income inequality (indicator). doi: 10.1787/459aa7f1-en

<sup>24</sup> CESCR, General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health, UN Doc. E/C.12/2000/4, 11 August 2000, paras. 4 and 11 [hereinafter: CESCR, General Comment 14].

<sup>25</sup> [www.easp.es/project/impacto-de-la-crisis-economica-en-la-salud-y-en-el-sistema-sanitario-en-espana/](http://www.easp.es/project/impacto-de-la-crisis-economica-en-la-salud-y-en-el-sistema-sanitario-en-espana/)

## 1.2.1 UNEMPLOYMENT

Several studies by academics and public health groups have made links between unemployment and poor health outcomes in Spain. In general, unemployment can lead to increased stress and anxiety.<sup>26</sup> Furthermore, it is likely to increase financial vulnerability which decreases a person's ability to afford health care; as well as their ability to access other factors that improve health, such as nutritious food. A population based study found a deterioration in mental health among men in Spain during the economic crisis, which was attributed to employment status.<sup>27</sup> Another study compared the prevalence of certain mental health conditions in patients visiting primary health care centres before the crisis (in 2006) and after the crisis (in 2010). It found substantial increases in patients with mood disorder, anxiety, and alcohol-related disorders. It also noted links between mental health concerns and unemployment, difficulties meeting mortgage repayments and evictions.<sup>28</sup> Researchers looking at data on suicides before and after the crisis found that the economic crisis was associated with an increase in the rate of suicides in Spain, with men and people of working age being at particular risk.<sup>29</sup> A study specific to Andalucía found a sharp increase in suicide attempt rates after the crisis, particularly associated with unemployment rates in men.<sup>30</sup> Another study concluded that the mental health of migrant workers in Spain had worsened during the crisis, and that this was particularly associated with men who were unemployed and who had lower salaries.<sup>31</sup>

## 1.2.2 RISK OF HOMELESSNESS AND EVICTIONS

The economic crisis in Spain has also meant that thousands of people were unable to make their rental or mortgage payments, which placed them at a high risk of eviction and homelessness. Rental and mortgage evictions continued in large numbers through the crisis years.<sup>32</sup> As a previous Amnesty International report demonstrated, rental evictions had a particular impact on women facing multiple and intersecting forms of discrimination, such as single mothers, women with care responsibilities, migrant women, women with disabilities and survivors of violence.<sup>33</sup>

The stability and quality of housing is closely linked to health. Inadequate housing conditions can cause or contribute to preventable diseases and injuries.<sup>34</sup> The risk of eviction and homelessness can lead to stress, anxiety, and other mental health conditions.<sup>35</sup> Homelessness can also have an impact on the ability of people to pay for health care. Studies in Spain have begun to find these correlations.<sup>36</sup> For example, a study observed changes in the health status of people in situations of housing instability, including people with high mortgages, who were facing foreclosure, and who had been evicted. It found worsening mental health and self-reported physical health in this group.<sup>37</sup> Another study in Granada found that people in the process of an eviction showed poorer health than the general population.<sup>38</sup>

The increase in poverty and financial vulnerability combined with poorer health outcomes due to negative impacts on the social determinants of health calls for greater support to the public health system in times of economic crises, particularly for marginalized people who are often the worst affected.

---

<sup>26</sup> Body Economic, p. 143.

<sup>27</sup> 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.

<sup>28</sup> 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.

<sup>29</sup> 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.

<sup>30</sup> 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. See also: 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.

<sup>31</sup> A. Agudelo-Suarez, '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.

<sup>32</sup> There were 26,467 rental evictions and 16,992 mortgage evictions in the first 9 months of 2017 alone. General Council of the Spanish Judicial Authorities, see: [www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Estadistica-Judicial/Estudios-e-Informes/Efecto-de-la-Crisis-en-los-organos-judiciales/](http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Estadistica-Judicial/Estudios-e-Informes/Efecto-de-la-Crisis-en-los-organos-judiciales/)

<sup>33</sup> Amnesty International, Spain, "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).

<sup>34</sup> [www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/Housing-and-health](http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/Housing-and-health)

<sup>35</sup> [news.rice.edu/2015/03/09/eviction-can-result-in-depression-poorer-health-and-higher-stress-according-to-new-rice-and-harvard-study/](http://news.rice.edu/2015/03/09/eviction-can-result-in-depression-poorer-health-and-higher-stress-according-to-new-rice-and-harvard-study/)

<sup>36</sup> A Novoa et al, 'Impact of the crisis on the relationship between housing and health' *Gaceta Sanitaria*, 2014, 28 (S1), p. 44.

<sup>37</sup> 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.

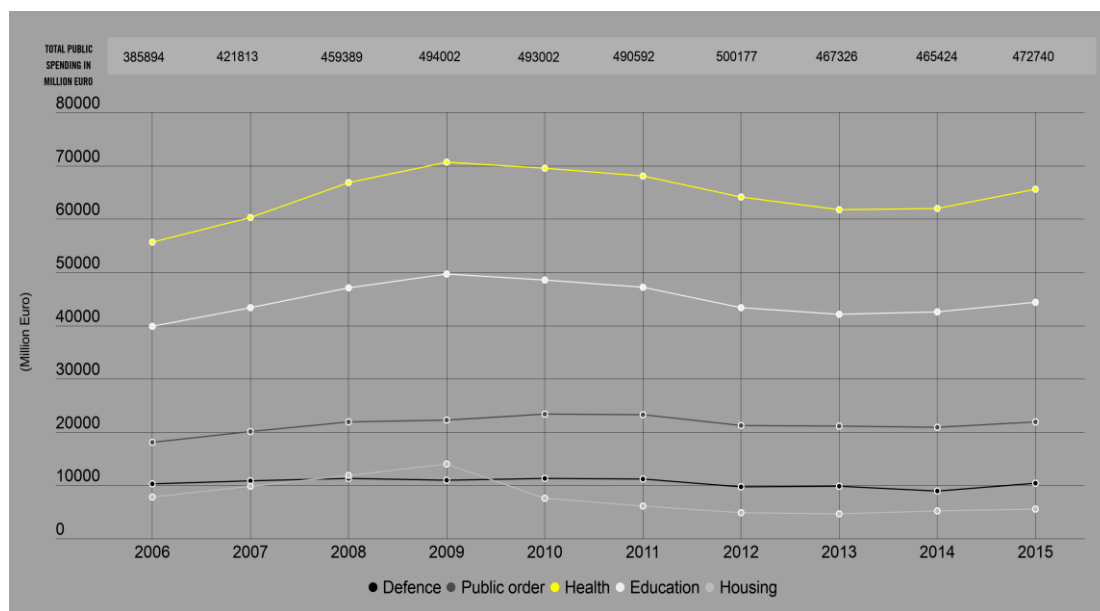
<sup>38</sup> J Muñoz et al, 'The health of adults undergoing an eviction process' *Gaceta Sanitaria*, 2016, 30(1), p. 4.



## 1.3 INTRODUCTION OF AUSTERITY MEASURES

The government's initial response to the economic crisis was to adopt a stimulus package and increase public spending, which included approximately €8 billion of investment in infrastructure projects; tax cuts; and credit lines for businesses.<sup>39</sup> However, the government later changed its strategy and began to reduce public spending, including by introducing austerity measures.<sup>40</sup> As the table below indicates, there was a reduction in total public spending, and in spending in several key sectors:<sup>41</sup>

Graph 1. Changes in government spending by sector in millions of euros:



Total government spending fell between 2009 and 2011, increased in 2012, and began to fall again. Government spending on defence began to fall in 2008-2009; government spending on education, health and housing began to fall in 2009-2010; and government spending on public order and safety began to fall in 2010-2011.

Several measures introduced to limit public expenditure impacted existing social security protection and disposable incomes, which risked increasing financial vulnerabilities during the economic crisis. For example, as the table above indicates, the government reduced spending on housing, health, and education. The government also:

- Increased the rates of general VAT from 16% to 18% in 2009, and then to 21% in 2012.<sup>42</sup> This amounts to a total increase of 5 percentage points in the general VAT rate, effectively making consumption more expensive.
- Reduced total and per capita spending on some social protection benefits,<sup>43</sup> including by restructuring some welfare systems as explained in the context of the Dependency Law (Box 1, below).
- Introduced a series of reforms to reduce public spending on pensions.<sup>44</sup>

<sup>39</sup> *New York Times*, 'Spain unveils €11 billion economic stimulus package' 27 October 2008; [www.nytimes.com/2008/11/27/business/worldbusiness/27iht-peseta.4.18215053.html](http://www.nytimes.com/2008/11/27/business/worldbusiness/27iht-peseta.4.18215053.html); *Reuters*, 'Spain unveils 11 Billion euro public economic stimulus plan' 27 November 2008, [uk.reuters.com/article/sppage016-lr662180-oiscp/spain-unveils-11-bln-eur-public-economic-stimulus-plan-idUKLR66218020081127](http://uk.reuters.com/article/sppage016-lr662180-oiscp/spain-unveils-11-bln-eur-public-economic-stimulus-plan-idUKLR66218020081127)

<sup>40</sup> *The Telegraph*, 'Spain's economic crisis: a timeline,' 8 June 2012, [www.telegraph.co.uk/finance/financialcrisis/9319175/Spains-economic-crisis-a-timeline.html](http://www.telegraph.co.uk/finance/financialcrisis/9319175/Spains-economic-crisis-a-timeline.html).

<sup>41</sup> All information in this table was sourced from OECD Statistics on Government expenditure by function, available here: [stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SNA\\_TABLE11#](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SNA_TABLE11#), except for the data on health, which is based on the latest Public Health Expenditure Statistics (EGSP) [hereinafter: EGSP data] to be consistent with the data in this rest of this report, available here: [www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm).

<sup>42</sup> Eurostat Data on Indirect taxes, available at: [https://ec.europa.eu/taxation\\_customs/business/economic-analysis-taxation/data-taxation\\_en](https://ec.europa.eu/taxation_customs/business/economic-analysis-taxation/data-taxation_en)

<sup>43</sup> OECD Statistics on Government expenditure by function, available here: [stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SNA\\_TABLE11#](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SNA_TABLE11#)

<sup>44</sup> These included gradually increasing the retirement age from 65 to 67, over a period of 15 years; changing the rules for early retirement; and increasing the contribution period from 35 to 38.5 years. Ley 27/2011, Real Decreto 1716/2012, Ley 23/2013.

As the table above indicates, starting 2009, the government began to cut public spending on health. Total public health expenditure in 2013, including both the central and regional levels, was 12.7% lower than expenditure in 2009. The government also introduced a range of policies to reduce the costs of the Spanish public health system (“Sistema Nacional de Salud”, hereinafter “SNS”), notably through the Royal Decree Law 16/2012 (hereinafter “RDL 16/2012”).<sup>45</sup> It limited the health care that irregular migrants could access. The government also instituted measures to shift the burden of certain health costs on to individuals: it re-structured the common portfolio of services in the SNS to make it possible for more products and services to involve co-payments through future regulation. It introduced pharmaceutical co-payments in some instances for groups who could previously access health care freely, and increased the rates for some others. And finally, it added to the list of criteria based on which medicines and medical devices would be covered or excluded from SNS financing, following which over 400 products were removed from SNS funding.

**“We saw that with the RDL 16/2012, healthcare was impacted for those most vulnerable, and for those at heightened risk. This is an almost unbearable cruelty.”**

Doctor working in the SNS<sup>46</sup>

Furthermore, the government reduced spending on remuneration for health workers by changing their working conditions. These measures and their impact on the right to health in Spain will be discussed in detail in the following chapter.

---

<sup>45</sup> Royal Decree-Law 16/2012, of April 20, on urgent measures to guarantee the sustainability of the National Health System and improve the quality and safety of its benefits.

<sup>46</sup> Amnesty International interview, Galicia, January 2018.

## BOX 1: LONG-TERM CARE AND THE DEPENDANCY LAW

Long-term care involves services and interventions that enable people who experience significant difficulty in their ability to perform daily tasks for various reasons, including age, illness and disability, to receive necessary care and support.<sup>47</sup> Long-term care systems can be crucial to ensure access to health for people who may otherwise find it hard to physically access health care, particularly routine primary health care, and can help reduce the use of health care services and health expenditure.<sup>48</sup>

Since coming into force in 2007, the Law 39/2006 for the Promotion of Personal Autonomy and Care for People in a Situation of Dependency [Dependency Law] has been the primary instrument regulating long-term care in Spain. Prior to the enactment of the Dependency Law, care-giving in Spain was largely informal, and carried out by women. The Dependency Law was designed to provide appropriate benefits and support to persons “in situations of dependency”, that is, people who needed long-term care. Crucially, under the Dependency Law, long-term care is regarded as a universal right. Individuals are entitled to benefits and services, such as day care services, personal carers, or financial benefits, based on the level of dependency. The Dependency Law was to be implemented gradually from 2007 to 2013, starting with people assessed to be at higher degrees of dependency.

The implementation of the Dependency Law was affected by the economic crisis and the reduction in public expenditure in several ways.<sup>49</sup> First, the government introduced a series of regulatory changes that postponed the timeline for the full implementation of the act.<sup>50</sup> Second, the number of people who were assessed as eligible for benefits under the Dependency Law, but who had not actually received these benefits, grew.<sup>51</sup> Third, the government revised the regulations around economic benefits for family care, that is, the remuneration family carers would receive. For example, it allowed for these payments to be suspended for two years after people were assessed as being entitled to them. As a government review of the functioning of the Dependency Law has noted, this delay has had a huge impact on informal carers, who are mostly women, who would have been paid for their work or had the chance to enter the labour market.<sup>52</sup> This has added to the burden families were facing during the crisis.

The Spanish Constitution was amended in 2011 to limit to the amount of debt the national and regional governments could incur.<sup>53</sup> Amongst other things, the amended article 135 states that: (i) the Spanish central and regional governments cannot incur a structural deficit that exceeds the limits established by the EU for their member states; and (ii) loans to meet payment on the interest and capital of the State’s Public Debt shall always be deemed to be included in budget expenditure and their payment shall have absolute priority.<sup>54</sup> This amendment established the priority of the payment of public debt over any other state expenditure, subject to very limited exceptions, thus restricting the scope of how much central and regional governments could spend, including on health.<sup>55</sup>

High levels of unemployment, the austerity measures and cuts in social services, and a perceived lack of transparency on the part of public officials in adopting these measures, generated a wave of protests in Spain.<sup>56</sup> In particular, health workers and users of the SNS protested across cities in Spain against the austerity measures, in a series of protests called the “white tide.”<sup>57</sup> Protests against the austerity measures in the health sector have continued into 2018.<sup>58</sup>

<sup>47</sup> This is based on understanding of long-term care used by the World Health Organization ([www.who.int/ageing/long-term-care/en/](http://www.who.int/ageing/long-term-care/en/)) and OECD ([www.oecd.org/els/health-systems/long-term-care.htm](http://www.oecd.org/els/health-systems/long-term-care.htm)).

<sup>48</sup> [www.who.int/ageing/long-term-care/en/](http://www.who.int/ageing/long-term-care/en/)

<sup>49</sup> See generally, 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.

<sup>50</sup> Report of the Commission for the Analysis of the Current Situation of the System of Dependence, of its Sustainability, and of the Current Mechanisms of Financing, October 2017, part 1, available here: [http://www.dependencia.imserso.gob.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/inf\\_comision\\_analisis\\_20171006.pdf](http://www.dependencia.imserso.gob.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/inf_comision_analisis_20171006.pdf) [hereinafter Commission report on the Dependency Law, 2017]

<sup>51</sup> Commission report on the Dependency Law, 2017, p. 98.

<sup>52</sup> Commission report on the Dependency Law, 2017, p. 61.

<sup>53</sup> Article 135, Constitution of Spain, available here: <http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/index.htm>

<sup>54</sup> See Organic Law 2/2012 on Budget Stability and Financial Sustainability.

<sup>55</sup> Article 135 (4), Constitution of Spain, available here: <http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/index.htm>

<sup>56</sup> Amnesty International, *Spain: The Right to Protest Under Threat* (Index: EUR 41/001/2014).

<sup>57</sup> RT, ‘Thousands of Spanish medical workers protest healthcare cuts, privatization’ 17 February 2013, [www.rt.com/news/spain-health-care-protests-424/](http://www.rt.com/news/spain-health-care-protests-424/)

<sup>58</sup> [elpais.com/ccaa/2018/01/25/catalunya/1516894532\\_939761.html?rel=estr\\_articulo#1518954653149](http://elpais.com/ccaa/2018/01/25/catalunya/1516894532_939761.html?rel=estr_articulo#1518954653149); [www.20minutos.es/noticia/3243209/0/sos-sanidade-publica-rechaza-recortes-privatizaciones-llama-cambiar-rumbo-sanidad-galicia/](http://www.20minutos.es/noticia/3243209/0/sos-sanidade-publica-rechaza-recortes-privatizaciones-llama-cambiar-rumbo-sanidad-galicia/).

# 2. IMPACT OF AUSTERITY MEASURES ON THE RIGHT TO HEALTH

**“We have all suffered because of the cuts: nurses, doctors, patients, families, everyone.”**

Nurse, SNS<sup>59</sup>

Spain has ratified a range of international and regional human rights law treaties that require the government to respect, protect, and fulfil the right to health of all persons. The right to health includes, among other things, access to timely and appropriate health care for everyone without discrimination; that health care is affordable for all, including socially disadvantaged groups; and that health care information, goods, and services are of good quality.<sup>60</sup>

Prior to the economic crisis, almost all persons resident in Spain could access public health care.<sup>61</sup> The public health system covered around 99.5% of the population.<sup>62</sup> Since 1999, the public health system has been (and still is) primarily funded through general taxation. With the exception of pharmaceuticals and some ortho-prosthetics in certain circumstances, provision was free at the point of delivery.<sup>63</sup> The health care system in Spain is decentralized: the primary responsibilities for public health organizing, expenditure and delivery vests in the regional governments of the 17 autonomous communities. The central government is responsible for a set of limited functions, including medical training, research and innovation, and pharmaceutical policy.<sup>64</sup> This devolution is evident in patterns of public health spending. Over the past 10 years, the regional governments have been responsible for over 90% of annual public health expenditure.<sup>65</sup>

---

<sup>59</sup> Amnesty International interview, Galicia, October 2017.

<sup>60</sup> General Comment 14, para 12.

<sup>61</sup> General Health Law No. 14/1986.

<sup>62</sup> Health Systems in Transition (HiT) profile of Spain, available here <http://www.hspm.org/countries/spain25062012/livinghit.aspx?Section=7.1%20Analysis%20of%20recent%20reforms&Type=Section> [hereinafter Spain HiT Profile]

<sup>63</sup> Spain HiT Profile.

<sup>64</sup> Spain HiT Profile.

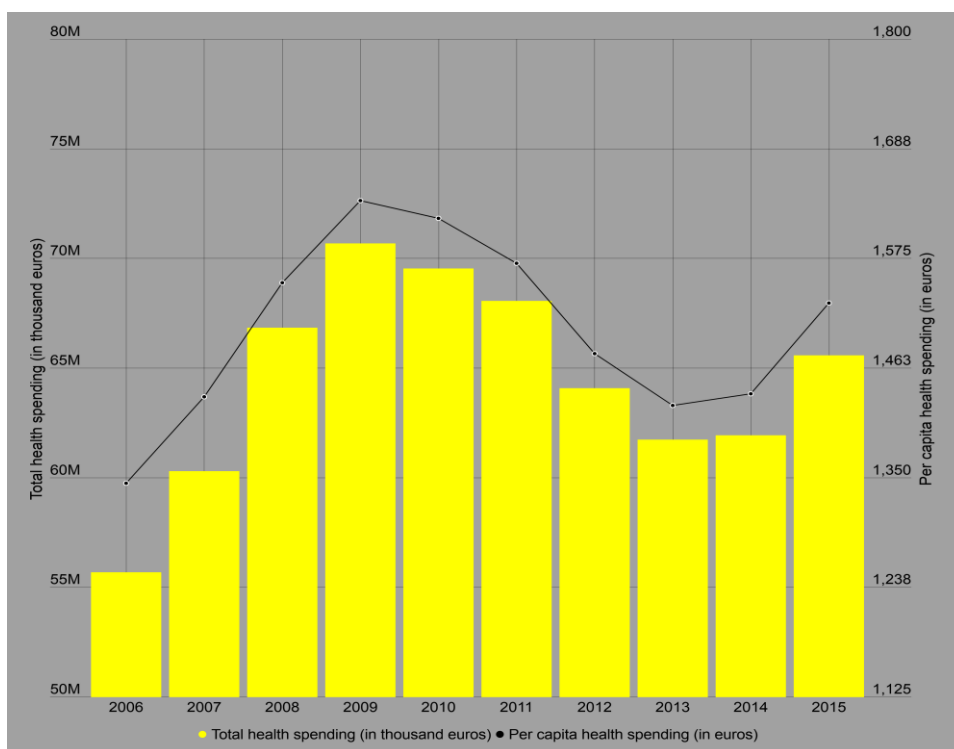
<sup>65</sup> EGSP data, Table 1.

## 2.1 REDUCTIONS IN PUBLIC HEALTH EXPENDITURE

**“I feel angry. I believe health care is very important. There should be no cuts here ... Public health care should be untouchable. It deals with the most important thing for people.”**

Nursing assistant, SNS<sup>66</sup>

Graph 2: Public health spending in Spain, total and per capita<sup>67</sup>



Before the economic crisis, public health expenditure in Spain was gradually increasing. In the period between 2002 and 2009, public health expenditure increased by approximately 83%.<sup>68</sup> Starting 2009, this trend reversed. The government began to cut public spending, including expenditure on health. As Graph 1 indicates, total public health expenditure and per capita health expenditure (health expenditure per person) have fallen since 2009. At its lowest, in 2013, total public health expenditure was around € 8,950 million (12.7%) lower than expenditure in 2009. While both total and per capita health expenditure have increased after 2013, they have not reached pre-crisis, 2009 levels. Trends were similar in the regions, including in Andalucía and Galicia.

<sup>66</sup> Amnesty International interview, Andalucía, October 2017.

<sup>67</sup> This is a self-constructed graph, based on EGSP Data, Table 1 and Sistema de Cuentas de Salud (SCS) Data Table 23. SCS Data is available here: [www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/SCS.htm](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/SCS.htm)

<sup>68</sup> EGSP data, Table 1.

In general, most of the health budget is spent on hospital and specialized health care, pharmaceutical products, and primary health care.<sup>69</sup> The reductions in public health expenditure applied across the board and affected all three key budget line areas, no item was particularly protected.<sup>70</sup> Some of these savings came from measures that improved the efficiency and cost-effectiveness of the SNS without unduly compromising the accessibility, affordability, and quality of care. For example, part of the reduction in pharmaceutical spending came from a greater reliance on generic drugs; reductions in the price of drugs; and amendments in how drugs were purchased, packaged and dispensed.<sup>71</sup> While this is positive, other changes and reductions (described below) negatively impacted the affordability, accessibility and quality of health care.

## 2.2 DETERIORATION IN THE AFFORDABILITY OF HEALTH CARE

### 2.2.1 AUSTERITY MEASURES THAT SHIFTED SOME COSTS OF HEALTH CARE TO INDIVIDUALS

The government introduced measures that shifted certain health costs on to individuals. Many of these measures were introduced by RDL 16/2012. The decree was introduced with the aim of improving the “sustainability” of the SNS (including by reducing its costs) and promoting equality in access to health care across Spain, by developing common criteria to reduce regional differences in how health care was provided. RDL 16/2012 promoted several measures that reduced unnecessary costs, and improved the sustainability of the SNS as described above. However, specific changes in RDL 16/2012 also shifted some health costs on to individuals by:

- Increasing the rates of co-payment for medicines for certain groups. People who earned between €18,000 and €100,000 annually would pay 50% (earlier at 40%), and those who earned over €100,000 annually would pay 60% (earlier at 40%).
- Introducing co-payments for medicines for some groups who previously did not have to pay. Notably, pensioners, who were previously completely exempt from co-payments, had to pay a percentage of costs of medicines based on their income following the RDL 16/2012. Pensioners who earned less than €18,000 a year would co-pay 10% subject to a monthly ceiling of €8; those who earned between €18,000 and €100,000 would co-pay 10% subject to a monthly ceiling of €18; and those who earned over €100,000 would co-pay 60% subject to a monthly ceiling of €60. Some groups were exempt from contributions (e.g. people receiving non-contributory pensions and unemployed persons not on unemployment benefits) and some drugs for chronic conditions were subject to reduced contributions.
- Expanding the criteria based on which medicines and medical devices would be covered or excluded from SNS financing.<sup>72</sup> The criteria for adding new products were modified to be more conscious of costs.<sup>73</sup> Criteria for the removal of products from the catalogue were added as well, such as “indicated in the treatment of minor symptoms”. Over 400 products were removed from SNS coverage following this.<sup>74</sup> As discussed below, this included medicines for pain relief, as well as symptoms related to chronic health conditions.
- Restructuring the common portfolio of services in the SNS, and introducing three sub-categories:

---

<sup>69</sup> For example, in 2009, 57% of health expenditure by autonomous communities was on hospitals and specialized care; 20% was on pharmaceuticals; and 14.5% was on primary health care.

<sup>70</sup> EGSP data, Table 3.

<sup>71</sup> RDL 16/2012 introduced and / or supported many of these changes.

<sup>72</sup> Article 85b, RDL 16/2012.

<sup>73</sup> For example, where the old criterion was “Rationalization of public expenditure for pharmaceutical benefit”, the new criterion was “Rationalization of public expenditure for pharmaceutical benefit *and budgetary impact in the National Health System*” [emphasis added]. Similarly, where the old criteria was “Existence of drugs or other alternatives for the same conditions”, the new criteria was “Existence of drugs or other therapeutic alternatives for the same conditions *at a lower price or lower treatment cost*” [emphasis added]. The previous criteria are available here: <https://www.global-regulation.com/translation/spain/1446301/law-29-2006-of-26-july%252c-on-guarantees-and-rational-use-of-medicines-and-medical-devices.html>

<sup>74</sup> [www.boe.es/diario\\_boe/tx.php?id=BOE-A-2012-10952](http://www.boe.es/diario_boe/tx.php?id=BOE-A-2012-10952)

- The basic common portfolio contained health services that were fully publicly funded.
- The supplementary common portfolio contained services that could be regulated at a national level to carry a co-payment, and included non-urgent emergency transport, ortho-prosthetics, pharmaceuticals and dietetic products. Previously some of these services were fully publicly funded in certain regions, and carried no co-payment.
- The common portfolio of accessory services contained services that are not deemed essential, or which support the treatment of an illness or chronic condition, and would also carry a co-payment.

With the exception of the changes to pharmaceutical provision, which were implemented almost immediately, future regulations were needed before the other aspects of this restructure would be implemented: for example, before introducing co-payments for non-urgent emergency transport. The co-payment structure applicable to pharmaceuticals would apply to the supplementary and accessory portfolios, but the same caps would not apply. While regions could supplement the common portfolio of services with health care financed from their individual budgets, to do so they would need to meet specific criteria regarding budgetary stability.

At the same time, individuals continued to pay for health care that had never been covered by the SNS, including large parts of dental and optical care.

## 2.2.2 THE INCREASED FINANCIAL BURDEN OF HEALTH CARE

In the years prior to the economic crisis, both public and household expenditure on health were increasing in Spain. Following the on-set of the economic crisis and austerity measures, household expenditure on health continued to increase as before, while public expenditure on health decreased (as explained previously). While the role of direct payments from households in total health expenditure reduced from 2004 to 2009, it started to increase after. It reduced from 21.7% (2004) to 18.9% (2009) and then increased to 24.3% (2014).<sup>75</sup> Households continued to spend more on health and, more crucially, devoted a greater percentage of household expenditure to health-related costs.<sup>76</sup> This disproportionately impacted groups that were economically vulnerable, which is evident from statistics on unmet health needs due to financial reasons. In general, Spain has very low rates of self-reported unmet health needs,<sup>77</sup> which is positive. However, self-reported unmet needs due to financial reasons for health care and dental care increased more for people in the lowest income bracket, as compared to people in the highest income bracket between 2008 and 2014.<sup>78</sup> A recent EU report noted that the difference in unmet need between the lowest and highest income brackets grew from 0.2 percentage points in 2008 to 1.6 percentage points in 2014, which is “a significant change”.<sup>79</sup> The report also stated that 4.4 % of the population stopped taking prescribed medications because they were too expensive.<sup>80</sup>



### J'S STORY:<sup>81</sup>

“I have always been poor, even before the crisis. My income was never enough,” J told Amnesty International. “However, after the crisis it is much harder ... everything has become more expensive.” J's monthly income is about €1400, and she pays €480 in rent. She uses this income to support her

<sup>75</sup> SCS Data, Table 3.

<sup>76</sup> From 2003 to 2008, households in Spain spent an average of 3.3% of household expenditure on health. Starting 2009, this began to increase, to a high of 4.1% in 2014. Eurostat Data, Household consumption by purpose, available here: [ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Household\\_consumption\\_by\\_purpose](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Household_consumption_by_purpose)

<sup>77</sup> Eurostat, Unmet health care needs statistics - EU-SILC survey, available here: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet\\_health\\_care\\_needs\\_statistics](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics). Self-reported unmet needs for medical and dental care “concern a person's own assessment of whether he or she needed examination or treatment for a specific type of health care, but did not have it or did not seek it”.

<sup>78</sup> Eurostat, Unmet health care needs statistics - EU-SILC survey, available here: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet\\_health\\_care\\_needs\\_statistics](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics). Unmet health needs grew from 0.4% (2008) to 1.3% (2014) within the first quintile (lowest income); but decreased from 0.2% (2008) to 0 within the fifth quintile (highest income). Unmet need for dental care for financial reasons increased from 8.3% (2008) to 17.5% (2014) for the first quintile. It only increased from .8% (2008) to .9% (2014) for the fifth quintile.

<sup>79</sup> European Commission, Country Report Spain 2018, SWD (2018) 207, available here: <https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2018-european-semester-country-report-spain-en.pdf>

<sup>80</sup> European Commission, Country Report Spain 2018, SWD (2018) 207, available here: <https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2018-european-semester-country-report-spain-en.pdf>

<sup>81</sup> Amnesty International interview, January 2018.

husband, who does not work, and her three children. In 2014, J received an eviction order to leave the house she was renting for 10 years. She spent 18 months challenging this order. J was eventually relocated to a new house, and now receives a housing subsidy. Even though she works long hours, J is constantly anxious about her financial stability, and whether she will be able to provide for her family. “If my fridge is broken I don’t have money to fix it. I can’t afford dental treatment for my children. We sometimes don’t heat our home because I don’t have money” she said. J’s doctor also recently advised bariatric surgery for her obesity, but she does not want to do the surgery, since it would involve additional costs. “They [the supplements and medicines] can cost about €50 a month. I am worried I can’t afford it”, she said. She can’t afford any extra-curricular lessons for her children and is worried about whether she will be able to pay for their higher education. “No matter how hard I tried it was not enough ... It is very tiring”, she said. J believes that the anxiety and stress caused by the eviction order and her financial difficulties have contributed to her health problems. “My obesity and my mental health problems are linked to my emotional well-being. If I wasn’t involved in the [eviction] law suit, if I didn’t have so much stress, if I had more time for myself, I would feel better”, she said.

Amnesty International spoke with 107 users of the SNS and their families and carers. Almost all of them reported being worried about increased financial burdens and costs, since the crisis began and austerity measures were introduced. This was for a combination of reasons: many were unable to find employment during the crisis; many described how the value of their income had decreased (for example because salaries and pensions had not increased at the same rate as costs, or because they were unable to access necessary benefits); and some had more dependants to support on the same income as before. “I can’t make ends meet with my pension now”, one woman told Amnesty International. “I live day by day – I have three children who are unemployed”, another woman said.

All of them told Amnesty International researchers that the amount they spent on healthcare had increased since the crisis began and austerity measures were introduced. This was largely linked to the newly introduced or increased co-payment (depending on the individual’s circumstances) and that they paid for medicines they did not have to pay for before, combined with health care costs that were never covered by the SNS. Even though the sums involved are not high, people explained that they create a significant strain because of their low incomes and/or because they are now supporting more dependants on their incomes.

Most cancer survivors Amnesty International interviewed explained how a lot of medication to treat the side effects of their cancer treatment, as well as possible follow up problems linked to the cancer, were not covered by the SNS. They had to pay the full amount for these if prescribed. Many noted the anxiety and financial burden the increased costs of health care caused them. “It is a huge effort to pay for medicines,” L, an older woman who recently had surgery, told Amnesty International.<sup>82</sup> “If my son had a regular job, it would be easier and we would not have so many concerns,” she added. Q, another older woman who is a cancer survivor and who pays about €90 a month, said “I just hope I don’t have to take more medicines”.<sup>83</sup>

Many people made it clear that they were only able to afford these medicines because they had support from family members, and would not be able to do so on their own income. For example D,<sup>84</sup> a woman who had a mastectomy and received chemotherapy for breast cancer in 2017, explained that she paid about €100 a month for medicines that were prescribed to treat the side effects of the cancer and treatment. These included nutritional supplements, creams and lotions to relieve pain, and cough syrups to address the side effects of chemotherapy. She had not been able to work for the period of her illness and treatment (over a year), and relied on her savings and on support from her parents for her medical expenses. “Luckily my father is retired and he has a pension, but what happens if you don’t have this family support?” she said.



**R:<sup>85</sup> “WITHOUT MY SISTER ... IT WOULD BE DIFFICULT TO PAY FOR MEDICINES”**

R has been receiving mental health care through the SNS. He receives a non-contributory pension of €368. He lives in a government-run residence for people with mental health conditions, for which he has to pay €248. That leaves him with only €120 for all his monthly expenses. R has been trying to find a job, but it has been difficult because of his health condition and because employment opportunities are low.

<sup>82</sup> Amnesty International interview, Galicia, October 2017.

<sup>83</sup> Amnesty International interview, Galicia, October 2017.

<sup>84</sup> Amnesty International interview, Galicia, October 2017.

<sup>85</sup> Amnesty International interview, Andalucía, October 2017.



Therefore, even when he needs regular medicines – like cough syrup or cream for warts – he has to ask for help from his family or he goes without. The main earner in his family is his sister, and R and his mother are both dependent on her. “Without my sister ... it would be difficult to pay for medicines,” he said.

Others told Amnesty International how they either did not access all the health care they needed for financial reasons – e.g. take all their medication – or made choices about whether to pay for health care or other expenses. For example, V, a man living with a physical disability, and who feels a lot of pain in his leg has been struggling with the cost of medicines. He told Amnesty International, “I cannot live with the pain, I need to take my medicines. Either I take my medicines, or I kill myself [because of the pain] ... so if I have to starve myself, I do it, because I must buy medicines”.<sup>86</sup>

E,<sup>87</sup> a 44 year old woman, has experienced a very wide range of health conditions. She was recently treated for breast cancer, she also has rheumatoid arthritis, spondylitis and Crohn’s disease.<sup>88</sup> In 2017, the symptoms of her Crohn’s disease became very severe. In March 2017, her doctor put her on the list for surgery, saying she would get surgery within three to four months. When Amnesty International spoke with her in October 2017, she was still waiting for the surgery. Meanwhile, she has been prescribed medication to address the symptoms of the disease, and many of these medicines are not covered by the SNS. She has to pay about €60 a month. E does not work and lives off a small pension linked to her disability; she worried about the cost of her medicines. “I take less than what the doctor prescribed me ... I try to use less... in order to make them last longer”. As a consequence, she continues to be in discomfort as a result of her symptoms. “If I had more money, I’d go to the private system,” she said. “What’s happening, it is shocking”.

Amnesty International researchers also spoke to other cancer patients who are struggling to pay the costs of the medicines they require. G, a 44 year old woman,<sup>89</sup> told Amnesty International that she often did not buy the medicines she needed for two-three months for financial reasons. G stopped working because of her cancer, and has not been able to find work since. For example, she explained how she went into early menopause as a result of her cancer. She was prescribed creams for vaginal dryness, without which she said “life would have been painful” for her. However, none of these creams were covered by the SNS. “The medicines they prescribe [to] you, you have to pay for, and it’s a lot of money. And my income is very low. So sometimes I couldn’t afford to pay for the medicines ... I asked [the doctors] to prescribe something within the catalogue, but they said none were.”

O, who also had cancer, is a 53 year old woman.<sup>90</sup> She told Amnesty International that many of her medical costs are not covered by the SNS, particularly costs related to alleviating the side effects of her cancer. These include creams that provide relief for pain and rashes caused by her breast prosthesis, as well as medicines for constipation. The cream, for example, costs €20 a tube and in some weeks she needs it about once a week. O is divorced and is the primary care-giver for her child. Her only regular income is from a pension linked to her disability, she gets about €385 a month. Because of her fear about her finances, there are months when she doesn’t buy some medication. She has been trying to get a job, but her health condition has made this difficult since there are many types of jobs she is physically unable to do, such as those requiring physical labour and long hours.



C:<sup>91</sup>

C, a 65 year old woman, is a regular user of the public health system in Spain. “I have many health problems and many complications. So I use a range of different services”, she said. She has had breast cancer, metastases in her lungs, two hip replacements, two knee replacements, four different prostheses and has been using a wheelchair for the past three years. Until a week before Amnesty International spoke with her, she also needed continuous oxygen therapy. C lives alone and has a full-time carer living with her. “I need help all day. I need help for showering. I couldn’t put on the oxygen mask without help. I

<sup>86</sup> Amnesty International interview, Andalucía, January 2018.

<sup>87</sup> Amnesty International interview, Andalucía, October 2017.

<sup>88</sup> Crohn’s disease is a long-term condition that causes inflammation of the lining of the digestive system. Symptoms include severe abdominal pain and diarrhoea, see: [www.nhs.uk/conditions/crohns-disease/](http://www.nhs.uk/conditions/crohns-disease/)

<sup>89</sup> Amnesty International interview, Galicia, October 2017.

<sup>90</sup> Amnesty International interview, Galicia, October 2017.

<sup>91</sup> Amnesty International interview, Andalucía, October 2017.

can't take my clothes off to go to the bathroom or to shower, because I have barely any strength in my arms. I also wake up many times at night, and need help then."

After the crisis, C's biggest concern has to do with the costs of her health care. Her expenditure on her health is between €60 and €80 a month, much higher than it used to be before the crisis. She pays the new co-payment for medicines for hormone therapy linked to her cancer. She did not pay for this before the Royal Decree Law 16/2012 was introduced. She pays for many medicines she did not have to before, including medicines for gas, for chronic coughs, and creams for her breast prostheses. She also has to pay for many items associated with her health condition that are not covered by the health system. "I wear a breast prosthesis, because of the breast cancer ... I need special bras for this, and these bras cost between €80 and €100. And of course I need to have more than one bra." She told Amnesty International that previously she used to receive a subsidy for the bra. Furthermore, she also pays about €30 a month for private physical rehabilitation services, since there is a very long waiting list to access physical rehabilitation through the SNS.

C is not working because of her health condition. She gets a monthly pension of €1,600. She spends €600 on a mortgage, €600 to pay her carer, €63 in taxes, and has a remainder of a little over €300 for all her living costs, including medicines, electricity, and food. "There are months that I cannot make it" she told Amnesty International, "The month I need to buy a bra, I take only half my pills, so I spend less".

Most of the 75 health workers who shared information with Amnesty International for this report also said that they had seen an increase in their patients struggling with and worrying about health care costs since the crisis began and austerity measures were introduced. Some explicitly referred to the co-payments in this regard. "Many people tell me 'please prescribe something cheap so I can afford it'", one doctor said.<sup>92</sup> Another doctor said, "I didn't think this would be an issue, but after the crisis, I see a lot of old people who can't cover medicine costs".<sup>93</sup> Similarly, another doctor mentioned that her patients often told her "if you give us a prescription now, I will buy the medicines in the beginning of next month, when I get paid".<sup>94</sup> A coordinator of a civil society group working with people living in poverty said: "We used to have a great public health system. After the crisis, we have seen some big cuts. I see people face a lot of difficulty accessing medication".<sup>95</sup> He said this was particularly true of people who were homeless after the crisis.

These observations are also echoed in other qualitative studies involving health care workers. In a study in Madrid, primary health care physicians reported that they had seen co-payments create access barriers, including with patients not adhering to treatment for financial reasons, or requesting changes to cheaper medicines.<sup>96</sup> In a different study, health care professionals in Valencia also shared several stories of patients being unable to afford medication because of co-payments.<sup>97</sup> The Commissioner for Human Rights of the Council of Europe also found that increased co-payment for medication and cuts in public health services have had "a disproportionate impact on persons with disabilities".<sup>98</sup>

---

<sup>92</sup> Amnesty International interview, October 2017.

<sup>93</sup> Amnesty International interview, October 2017.

<sup>94</sup> Amnesty International interview, October 2017.

<sup>95</sup> Amnesty International interview, Andalusia, October 2017.

<sup>96</sup> 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 [hereinafter, J Heras-Mosteiro et al, 2015]

<sup>97</sup> 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 [hereinafter F Cervero-Liceras et al, 2015].

<sup>98</sup> Report by Nils Muižnieks, Commissioner for Human Rights of the Council of Europe, Following his visit to Spain from 3 to 7 June 2013, Comm. DH (2013) 18, available here: <https://rm.coe.int/16806db80a> [hereinafter CoE, Commissioner for Human Rights Report, 2013].

## THE IMPACT OF CO-PAYMENTS

In the context of the economic crisis, the World Health Organization has said that introducing co-payments is a measure likely to decrease access,<sup>99</sup> as many users struggle to meet the sudden additional costs. An OECD Working Paper on austerity measures in health care noted, “co-payments remain a blunt policy instrument that can have many unintended consequences particularly when the economic crisis simultaneously reduces incomes for many citizens. The risk remains that citizens forego effective care that can have long-term adverse health outcomes”.<sup>100</sup> The introduction and increase of co-payments in Spain during the economic crisis increased the financial burden of health care on people already struggling with the impact of the crisis. Quantitative studies have analyzed government data on the numbers of prescriptions dispensed in Spain after the changes in the structure of co-payments were introduced. They found that while the total number of dispensed prescriptions fell in several regions in the first 14 months after the changes, the levels have since began to adjust towards pre-austerity levels.<sup>101</sup> However, this quantitative data does not indicate which groups might be disproportionately impacted by the co-payments or which medicines might be particularly impacted.<sup>102</sup> As Lopez-Valcarcel et al note: “*Because no upper limit is set to the co-payment payable by non-pensioners (unlike pensioners) ... the cost of medication may represent a catastrophic level of spending for poor families*”.<sup>103</sup>

Furthermore, the full content of the supplementary and accessory portfolios have not yet been developed.<sup>104</sup> The amendments introduced by the RDL 16/2012 mean that future regulations can include co-payments for services that were previously free. Since then, the national government has tried to introduce co-payments for non-urgent transport, dietetic products, and certain ortho-prosthetics.<sup>105</sup> This proposal was criticised by health care users, patients associations and professional bodies for the disproportionate financial burden this would place including on older persons, persons with chronic health conditions, and people with disabilities.<sup>106</sup> A report by the State Council also questioned how much would be saved by this proposal, given the costs to put in place a regulatory mechanism to collect these co-payments.<sup>107</sup> The proposal was subsequently withdrawn.<sup>108</sup> The AECC, an association working on cancer, warned that there is a risk that services important for cancer survivors - such as psychological care after the illness – could be included in the common portfolio of accessory services when this catalogue is developed, and require a co-payment.<sup>109</sup>

<sup>99</sup> World Health Organization, Health policy responses to the financial crisis in Europe, Policy Summary 5, p ix-x, available here: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/170865/e96643.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/170865/e96643.pdf) [hereinafter: WHO, Health policy responses to the crisis]. For the impact of co-payments more generally, see also: [journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001490](https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001490)

<sup>100</sup> K Gool et al, ‘Health, Austerity and Economic Crisis: Assessing the Short-Term Impact in OECD Countries’ OECD Health Working Papers, No. 76 (2014).

<sup>101</sup> 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 Lopez-Valcarcel et al, ‘Economic Crisis, Austerity Policies, Health and Fairness: Lessons Learned in Spain’ *Applied Health Economics and Health Policy*, 2017, p. 13 [hereinafter: B Lopez-Valcarcel et al, 2017].

<sup>102</sup> The Galician health system conducted a study on the impact of the new co-payments in 2013. The study measured the difference in the rates of buying prescribed medicines, between groups who were making co-payments and who were not making co-payments. It indicated that for some medicines, the rates were not very different, meaning that people were buying medicines regardless of whether they needed to make a co-payment. For other medicines, people who needed to make a co-payment were buying prescribed medicines at a reduced rate. The government explained this by saying that the medicines with no difference in rates were “necessary”, hence people were buying them. And the medicines with a difference in rates were for “less urgent” conditions, including painkillers and paracetamol, hence people were choosing not to buy them. Therefore, they believed that the co-payment did not have any impact. The findings of this study should not be used to support the conclusion that the co-payments did not have any impact, for two reasons. Firstly, the study did not compare changes over time amongst the same groups. It did not, for example, compare changes in medication purchase amongst pensioners who did not have to co-pay before 2012 and had to now. The study compared people who were co-paying with those who weren’t in 2013. Secondly, all medicines in the study had been prescribed by doctors, and therefore, were seen as medically necessary. The government’s distinction between medicines that were “necessary” and “less urgent” does not change the fact that people who had to co-pay were buying lesser amounts of certain prescribed medication, as compared to people who did not.

<sup>103</sup> B Lopez-Valcarcel et al, 2017.

<sup>104</sup> The supplementary common portfolio contained services that could be regulated at a national level to carry a co-payment, and included non-urgent emergency transport, ortho-prosthetics, pharmaceuticals and dietetic products. Before this, some of these services were fully by certain autonomous communities, and carried no co-payment. The common portfolio of accessory services contained services that are not deemed essential, or which support the treatment of an illness or chronic condition, and would also carry a co-payment.

<sup>105</sup> [elpais.com/sociedad/2012/12/12/actualidad/1355347847\\_448190.html](http://elpais.com/sociedad/2012/12/12/actualidad/1355347847_448190.html);

[www.elmundo.es/elmundo/2012/04/24/espana/1335249973.html](http://www.elmundo.es/elmundo/2012/04/24/espana/1335249973.html);

[www.eladelantado.com/nacional/cada\\_trayecto\\_en\\_ambulancia\\_no\\_urgente\\_costara\\_cinco\\_euros/](http://www.eladelantado.com/nacional/cada_trayecto_en_ambulancia_no_urgente_costara_cinco_euros/)

<sup>106</sup> See for example: [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](http://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-farmaceutico.html](http://www.madridiario.es/noticia/216358/social/los-discapacitados-rechazan-que-las-muletas-y-sillas-de-ruedas-entren-en-el-copago-farmaceutico.html);

<sup>107</sup> On file with Amnesty International.

<sup>108</sup> [elpais.com/sociedad/2014/01/13/actualidad/1389632716\\_166997.html](http://elpais.com/sociedad/2014/01/13/actualidad/1389632716_166997.html)

<sup>109</sup> 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, available here: [https://www.aecc.es/Investigacion/observatoriodelcancer/Estudiosrealizados/Documents/Informe\\_Impacto\\_RDL16\\_2012\\_aecc2013.pdf](https://www.aecc.es/Investigacion/observatoriodelcancer/Estudiosrealizados/Documents/Informe_Impacto_RDL16_2012_aecc2013.pdf)

The Ombudsman told Amnesty International that their office received several complaints from people who have to co-pay for medicines and pay for medicines that are no longer funded by the SNS.<sup>110</sup> In their most recent report, the Ombudsman noted that the 2012 reform “has left important gaps and contradictions that harm the situation of many patients in a situation of vulnerability”, and has recommended that more groups are excluded from co-payments (e.g. people with limited resources, people with disabilities and chronic patients) and the co-payment model is made more progressive.<sup>111</sup> The 2015 Annual Report on the National Health System of Spain stated that 65.8% of citizens thought that there should be additional income brackets in the existing co-payment structure, “so as to ensure a better match between the required co-payment and the patient’s income level”.<sup>112</sup>

## **2.3 DETERIORATION IN THE ACCESS TO AND QUALITY OF HEALTH CARE**

### **2.3.1 AUSTERITY MEASURES LINKED TO ACCESS TO AND QUALITY OF HEALTH CARE**

#### **A. CHANGES IN ENTITLEMENT FOR SNS COVERAGE**

RDL 16/2012 changed the nature of the SNS from a universal system, to one where free access to public health care was limited to people classified as being “insured” and their “beneficiaries”: that is, people employed in Spain, pensioners, and recipients of other social security benefits.<sup>113</sup> While it confirmed that all unemployed persons could freely access the SNS, it effectively excluded non-nationals who were “not registered or authorized as residents in Spain”, or irregular migrants, from free SNS coverage. They were previously able to access free health care through the SNS. After RDL 16/2012, they are only entitled to free emergency health care, antenatal care, care during pregnancy, and post-natal care. All children are entitled to free health care.<sup>114</sup> “Applicants for international protection”, and victims of trafficking are covered for emergency care, the basic treatment of diseases, and any “necessary medical or other assistance”.<sup>115</sup> Amnesty International assessed the implications of the changes in law for non-nationals in previous publications and hence has not focused on this issue in the current report.<sup>116</sup>

---

<sup>110</sup> Email to Amnesty International, 7 March 2018, in response to questions.

<sup>111</sup> Defensor del Pueblo, ‘Informe anual 2017 y debates en las Cortes Generales: Volumen I. 2 Crisis económica y desigualdad’ Madrid 2018, p.68, available here: [www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2018/03/Informe\\_anual\\_2017\\_vol.I.2\\_Crisis\\_economica.pdf](http://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2018/03/Informe_anual_2017_vol.I.2_Crisis_economica.pdf)

<sup>112</sup> Ministry of Health, Social Services, and Equality (MoHSSE), ‘Annual Report on the National Health System of Spain’, 2015.

<sup>113</sup> Article 3, RDL 16/2012.

<sup>114</sup> Article 3 ter, RDL 16/2012.

<sup>115</sup> RDL 1192/2012.

<sup>116</sup> AI Spain, 2015 and AI Spain, 2013.

## ACCESS TO HEALTHCARE AND IRREGULAR MIGRANTS

The exclusion of adult irregular migrants from freely receiving many aspects of health care was one of the most controversial aspects of the RDL 16/2012. From 2012, it is estimated that almost 750,000 migrants have been excluded from free SNS coverage.<sup>117</sup> Several regional governments disagreed with this decision, and restored access to health care for irregular migrants, within their jurisdiction.<sup>118</sup> However, in a previous report, Amnesty International documented how some health care centres continued to charge for emergency services or deny access to health care for people who should have been covered.<sup>119</sup> The discrepancy in rules at the national and regional level on access acted as a deterrent: many people did not seek health care they were entitled to, thinking they would be turned away.<sup>120</sup> Civil society groups, including Amnesty International, have opposed this measure as violating the right to health.<sup>121</sup> Several UN bodies and international experts have asked that this be revised.<sup>122</sup>

In a 2017 decision, the Constitutional Court declared unconstitutional a decree passed by the government of the Basque Country effectively granting irregular migrants free access to public health care, on the grounds that the regional government did not have the jurisdictional competency to make these changes.<sup>123</sup> This raises questions about the extent to which regional governments can make policy choices that are at odds with central-level health regulation, including other provisions in RDL 16/2012.

## B. MODIFYING THE WORKING CONDITIONS OF HEALTH WORKERS

As a part of the reductions in public health expenditure, spending on remuneration for health workers also fell: in 2013, this spending was 10% lower than it was in 2009.<sup>124</sup> One of the ways in which this was accomplished was through limiting hiring and changing working conditions. The central government introduced changes to the working conditions of all staff working in the public sector. This included doctors, nurses, and all other health workers who were a part of the SNS. The government extended working hours to 37.5 hours, with no corresponding increase in pay (prior to 2012, health workers in the public sector had a 35 hour work week).<sup>125</sup> It introduced restrictions on new hiring, and limited the replacement of staff in case of vacancies, retirements, etc. to 10% of the vacancies.<sup>126</sup> It also reduced salaries and benefits, including freezing promotions and professional development, reducing holidays, training days, etc.<sup>127</sup> The economic crisis also saw greater reliance on temporary contracts in the SNS, worsening working conditions. In an interview with Amnesty International researchers, representatives from the Galician and Andalusian health service confirmed that they had hired health workers on temporary contracts to fill necessary gaps during the years when replacement rates for vacant positions were capped.<sup>128</sup>

The period between 2011 and 2014 has seen a reduction in the numbers of health workers being employed by the SNS. According to official data from the Ministry of Treasury (Ministerio de Hacienda y Funcion Publica) the National Health System lost almost 28,500 workers between 2012 (when the total number was

<sup>117</sup> AI Spain, 2015, p. 4.

<sup>118</sup> [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/](http://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/)

<sup>119</sup> AI Spain, 2015 and AI Spain, 2013.

<sup>120</sup> AI Spain, 2015 and AI Spain, 2013.

<sup>121</sup> See, for example, the REDER Network, comprising of Federation of Associations for the Defense of Public Health (FADSP), Médicos del Mundo, the Plataforma per una Atenció Sanitària Universal a Catalunya (PASUCAT), the Spanish Society of Family and Community Medicine (semFYC) and the Spanish Society of Public Health and Health Administration (SESPAS). Their critique of RDL 16/2012 is available here: <https://reder162012.org/>

<sup>122</sup> CESCR, 'Consideration of reports submitted by States parties under articles 16 and 17 of the Covenant' UN Doc. E/C.12/ESP/CO/5, 6 June 2012, para. 19 [hereinafter, CESCR, Concluding Observations – Spain, 2012]; CEDAW Committee, 'Concluding observations on the combined seventh and eighth periodic reports of Spain', UN Doc. CEDAW/C/ESP/CO/7-8, 29 July 2015, para. 30 and 31; European Commission against Racism and Intolerance, ECRI Report on Spain, 5 December 2017, para 80.

<sup>123</sup> [www.es.amnesty.org/en-que-estamos/noticias/noticia/articulo/el-tribunal-constitucional-profundiza-la-exclusion-sanitaria-y-limita-la-capacidad-de-las-comunidad/](http://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/noticias/noticia/articulo/el-tribunal-constitucional-profundiza-la-exclusion-sanitaria-y-limita-la-capacidad-de-las-comunidad/)

<sup>124</sup> ESGP Data. This has started to improve, but as of 2015 (the last year for which data was available at the time of publication) it has still not reached 2009 levels. For example, it was €31336619 in 2009; €27778955 in 2013; and €28908257 in 2015.

<sup>125</sup> Article 4, Royal Decree Law 20/2011.

<sup>126</sup> Article 3, Royal Decree Law 20/2011. This has since been increased, and in 2016 the permissible replacement levels reached 100%. However, not all positions have been filled.

<sup>127</sup> Health workers' salaries were cut by 5% in 2010, and then frozen for a period of 4 years. In 2012, they did not receive the regular annual bonus payment. Some regional governments introduced additional wage cuts. Estimates suggest that these measures have resulted in an effectively salary decrease of between 5% to 9% for health workers in this period, and a drop in purchasing power of up to 30%. See [www.cesm-galicia.org/blog/?p=11578](http://www.cesm-galicia.org/blog/?p=11578); [www.eldiario.es/economia/saldo-crisis-salarios-cayeron\\_0\\_581642051.html](http://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](http://www.consalud.es/profesionales/cual-es-de-verdad-el-sueldo-de-los-sanitarios-que-montoro-promete-incrementar_46376_102.html).

<sup>128</sup> Amnesty International interviews, January and February 2018. Recent reports suggest that 170,000 health care workers have been hired on short-term contracts as "temporary staff" <http://hspm.org/countries/spain25062012/livinghit.aspx?Section=3.6%20Payment%20mechanisms&Type=Section#42TheWorkforceintheNationalHealthSystemhasfallenby6%since2012>

505,185) and 2014 (when the total number was 476, 689).<sup>129</sup> Since then, the number increased, but it has not returned to 2012 levels (in 2017, the number was 490,509).<sup>130</sup> These figures include all staff working in the SNS – social workers, pharmacists, psychologists, etc - and not just doctors and nurses. According to the annual report of the health system, published by the Spanish government: there were 1,229 fewer doctors in Spain between 2012 and 2013, and 2913 fewer nurses in the period between 2011 and 2013.<sup>131</sup>

### C. PERFORMANCE-BASED “INCENTIVES”

While remuneration structures for health workers can differ based on the region, in many cases this involves a fixed salary amount, and a small percentage that is paid depending on whether pre-established, performance-based objectives have been met, also known as “incentives”.<sup>132</sup> In interviews with Amnesty International, several health workers noted that after the on-set of the crisis, health workers were under increasing pressure to comply with incentives that were linked to ensuring economic savings for the SNS. As one nurse told us, “Previously our objectives were more around the quality of care. Now they are purely economic.”<sup>133</sup> While the incentives structure is different across regions, Amnesty International obtained a list of incentives for health care workers in hospitals from Galicia for 2017. Examples of economic incentives on this list included keeping the “Average cost per prescription” under €12.8, and upper limits on the cost of care per user, with an adjustment for age.<sup>134</sup> While the savings-linked incentives in Galicia were a small percentage of the total incentives, health workers told Amnesty International that they were not under as much pressure to comply with these incentives before the crisis, as they are after.<sup>135</sup>

Like with the incentives for health workers, Amnesty International was told in interviews that the criteria based on which health centres were assessed have also become increasing oriented towards economic savings. Amnesty International also reached out to 20 randomly selected health centres in Andalucía and Galicia for a list of criteria. Only one health centre in Andalucía responded with a document, according to which the criteria included reducing the numbers of referrals in some types of specialised care; and reductions in the cost of care per patient.<sup>136</sup>

Several health workers explained the reason they found economic-based incentives problematic. “This can promote behaviour that is not the best. It is not the best practice medically – to make medical decisions reliant on economic criteria”, one doctor said.<sup>137</sup> Another said, “Economic incentives can promote behaviour [in doctors] that will not lead to the best medical treatment. Instead it’s only looking for savings”.<sup>138</sup> Some health workers felt that such incentives were a way to put the responsibility for budget cuts and savings on health workers: “The incentive system puts pressure on professionals. It’s a way to put responsibility for the cuts on the doctor, without it looking like a political decision”.<sup>139</sup> Many health system users felt it had made a difference in the care they received. One patient said how his doctor complained to him, saying “I need to prescribe an expensive medicine for you, but I’m going to be lectured about it”.<sup>140</sup>

Amnesty International requested copies of these criteria and a list of incentives for health workers from the regional governments of Andalucía and Galicia. The government of Andalucía told Amnesty International these agreements were not publicly available. The government of Galicia shared a broad list of indicators based on which hospitals were assessed. This list did not have any such economic indicators. They told Amnesty International that individual management units could develop their own indicators, and they did not have a record of each one. However, they believed they would know if problematic indicators were developed. Furthermore, the government of Galicia confirmed that they believed since health workers made

---

<sup>129</sup> In 2012 the total number was 505,185. See Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, “Boletín estadístico del personal al servicio de las Administraciones Públicas. Registro Central de Personal Enero” [hereinafter: Registro Central de Personal] 2012, [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](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). In 2014, the number had dropped to 476 689. See 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](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)

<sup>130</sup> In 2017, the number was 490,509 (2018 data is not available). See Registro Central de Personal 2017, [http://www.minhfp.gob.es/AreasTematicas/FuncionPublica/boletin\\_rcp/B\\_enero\\_2017\\_BIS.PDF.pdf](http://www.minhfp.gob.es/AreasTematicas/FuncionPublica/boletin_rcp/B_enero_2017_BIS.PDF.pdf)

<sup>131</sup> Based on numbers in the MSSSI’s Annual Reports on the National Health System from this period, available here: [www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm)

<sup>132</sup> Health system review: Spain, 2010, p. 109, available here: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/128830/e94549.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/128830/e94549.pdf)

<sup>133</sup> Amnesty International interview, October 2017.

<sup>134</sup> On file with Amnesty International.

<sup>135</sup> Amnesty International interviews, October 2017.

<sup>136</sup> On file with Amnesty International.

<sup>137</sup> Amnesty International interview, October 2017.

<sup>138</sup> Amnesty International interview, October 2017.

<sup>139</sup> Amnesty International interview, October 2017.

<sup>140</sup> Amnesty International interview, October 2017.

decisions with public money, “they should make expenditure decisions that were cost effective”, and felt that in general such goals were effective.<sup>141</sup>

#### D. IMPACT ON HEALTH WORKERS

**“At the start of the crisis we had more strength. As years have gone by, we have become more tired. For years, we have been carrying this burden.”**

Doctor, SNS<sup>142</sup>

All health workers interviewed told Amnesty International that their jobs had become harder after the austerity measures were introduced, and that they were seeing more patients and working longer hours than before. In the words of a nurse “We feel exploited. We are underpaid and we have so many responsibilities”.<sup>143</sup> “They ask for more with the same or less resources,” another doctor said.<sup>144</sup> One doctor said “There were days when I had to attend the equivalent of twice the normal, usual patient schedule”.<sup>145</sup> Another nurse told us “We know of many cases where nurses have quit their jobs because of the stress. Many nurses attend to 33 complex cases a day. They’ve had to quit because it was impossible for them”.<sup>146</sup> Another doctor explained, “Burn out levels amongst doctors has increased. The level of involvement of doctors in the health care sector has gone down at a level I have not seen before”.<sup>147</sup>

Furthermore, many health workers explained that this was exacerbated by an increasing number of patients sharing emotional and difficult stories of their lives with them, particularly in the context of the crisis. As one doctor described: “I had a personal crisis. My patients were coming to me with anxiety and telling me their daily problems. Almost 20 a day. And I wasn’t sure what to do, because this was new for me – should I provide low level psychotherapy? Should I be a doctor or a nice neighbour? This has taken a huge emotional toll on us. If you have two-three patients who tell you their emotional stories, it’s OK. 20 people a day is an emotional burden for us, especially if you know them for years”.<sup>148</sup>

**“As a professional, I felt powerless. I felt I was asked to solve issues that I had no control over, like economics.”**

Doctor, SNS<sup>149</sup>

Health workers consistently told Amnesty International that they felt “powerless” and “disillusioned with the system” after the budget cuts and changes to the health system described above. Health workers told Amnesty International that they felt obliged to do as much as they possibly could for their patients, even in difficult circumstances: “This has caused health care professionals to stand up to the circumstances and do our best”, one doctor said. This is consistent with what health care providers have said in qualitative studies in Valencia,<sup>150</sup> Catalonia,<sup>151</sup> and Madrid.<sup>152</sup>

<sup>141</sup> Amnesty International interview, February 2018.

<sup>142</sup> Amnesty International interview, October 2017.

<sup>143</sup> Amnesty International interview, October 2017.

<sup>144</sup> Amnesty International interview, October 2017.

<sup>145</sup> Amnesty International interview, October 2017.

<sup>146</sup> Amnesty International interview, October 2017.

<sup>147</sup> Amnesty International interview, October 2017.

<sup>148</sup> Amnesty International interview, October 2017.

<sup>149</sup> Amnesty International interview, October 2017.

<sup>150</sup> F Cervero-Licerias et al, 2015.

<sup>151</sup> Legido-Quigley, 2013.

<sup>152</sup> J Heras-Mosteiro et al, 2015.

## 2.3.2 DELAYS IN ACCESS TO HEALTH CARE

### A. LENGTHY WAITING LISTS

**“Waiting lists have become longer because the system cannot respond. Access to health care isn’t what it used to be.”**

Nurse, SNS <sup>153</sup>

Amnesty International found that the decrease in health workers and resources available in the SNS combined with a general increase in demand for health care has increased waiting times to access health care. This emerged as a key issue in all interviews including with experts, health workers or people using the health system. People said that they waited longer for appointment with specialists, for diagnostic testing, and for treatment options.

All the people Amnesty International interviewed who were seeking mental health care through the SNS also noted that since the crisis started, their appointments were further apart, and they had to wait longer to see a mental health professional. This is consistent with information in the “Sanitary Barometer” published by the Ministry of Health, Social Services and Equality: the average percentage of respondents who believes waiting lists were becoming worse was 9.8% between 2000 and 2008, and 26% between 2009 and 2016.<sup>154</sup>

The SNS collects and publishes data on waiting lists for certain procedures and services, which represent a key indicator regarding access to the health system.<sup>155</sup> The concerns that people articulated in interviews with Amnesty International are corroborated by this data. For example, the graph below indicates changes in the average waiting times, and numbers of people waiting, for elective surgeries, between 2005 and 2016. Elective surgeries include all scheduled surgeries other than those performed on patients who were admitted unexpectedly to hospitals for emergency treatment including surgeries in cardiology, gynaecology, traumatology, urology, neurology, as well as general, digestive and plastic surgery.

Graph 3: Waiting times and numbers of people waiting for elective surgery:<sup>156</sup>

---

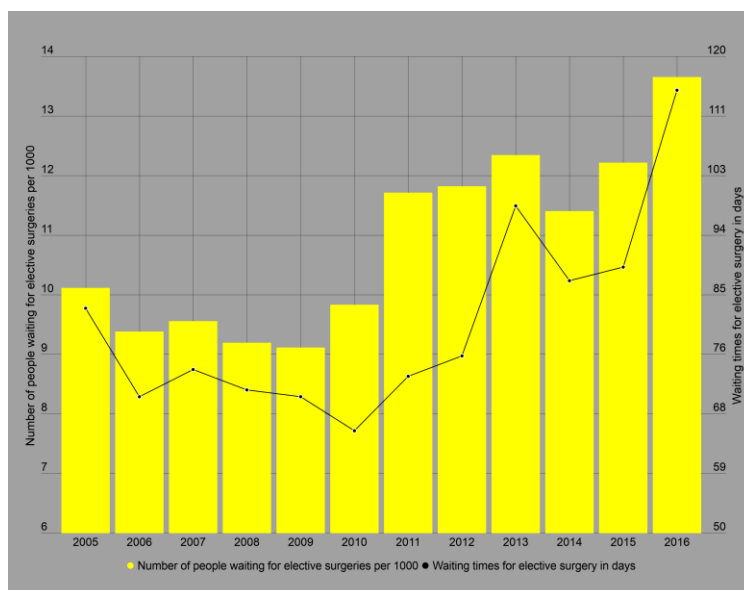
<sup>153</sup> Amnesty International interview, October 2017.

<sup>154</sup> MSSSI, Annual statistical results: Health Barometer 2016, Table 16, available here: [https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home\\_BS.htm](https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm)

<sup>155</sup> National-level disaggregated data on waiting lists for diagnostic testing and for appointments with mental health professionals is not available. But available data and Amnesty International’s research indicate these are problems.

<sup>156</sup> Self-constructed graph based on data from MSSSI’s ‘Key Indicators of the Health System’, available here: <http://inclasns.msssi.es/main.html>





As this graph indicates, both - the numbers of people waiting for surgeries as well as the time they spend waiting – have increased since the years of the crisis. For example, in 2010, the average waiting time was 65 days; in 2016 it was 115 days, which is almost double. Similar trends are also visible in data on waiting times and numbers of people waiting for specialised consultations.<sup>157</sup>

Amnesty International asked the regional governments of Galicia and Andalucía what measures they had taken to reduce the length of waiting lists. The Andalusian government told Amnesty International that it relies on maximum limits for waiting times, and increasing the workload of health workers, to deal with the increasing lengths of waiting lists.<sup>158</sup> The Galician government explained that they relied on a prioritization service to deal with lengthy waiting lists, through which they ensure that people who were in more urgent need of health care were expedited. They also had a maximum limit on waiting times for certain health conditions.<sup>159</sup> While these measures are important, data indicates that the problem is not solved. A 2017 study of Spain’s health by the OECD noted that waiting times remained “well-above other OECD countries such as Netherlands or Denmark”.<sup>160</sup>

## B. IMPACT OF DELAYS IN ACCESS TO HEALTH CARE

Over 70 people using the SNS and their families described the difficulties caused by the waiting lists, including the anxiety they felt as a result of not knowing the cause of their pain or of the other symptoms they experienced. S, a 32 year old woman, has a physical disability and uses a wheelchair. When Amnesty International met her, she had been experiencing a lot of pain in her legs. She underwent some tests to identify the cause of the pain in February 2017. She only got an appointment with a specialist to interpret the results in January 2018. “When I have pain, I have to wait a year to find out what the matter is. It makes you concerned that it might get worse. And anxious. But you still get no treatment”.<sup>161</sup> U’s 23-year old son has Down’s syndrome.<sup>162</sup> He has experienced several health problems throughout his life as a result, and is a regular user of the SNS. Amnesty International met U in October 2017. Her son had recently complained of stomach problems, was depressed, tired and had lost weight. She had waited for a consultation for four months, but had still not got an appointment. U was very anxious: “I don’t know what’s going on with him, it makes me nervous. It’s a very bad situation ... I worry because I don’t know what illness he has ... we don’t know the cause.”<sup>163</sup>

<sup>157</sup> For specialised consultations, waiting times increased from 53 days (2010) to 72 days (2016), and patients waiting per 1000 people increased from 33 (2010) to 45.66 (2016). MSSSI’s ‘Key Indicators of the Health System’, available here: <http://inclasns.msssi.es/main.html>.

<sup>158</sup> Amnesty International interview, January 2018.

<sup>159</sup> Amnesty International interview, February 2018.

<sup>160</sup> OECD, Health policy in Spain, March 2017, available here: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-Policy-in-Spain-March-2017.pdf>

<sup>161</sup> Amnesty International interview, Galicia, October 2017.

<sup>162</sup> Amnesty International interview, Galicia, October 2017.

<sup>163</sup> Amnesty International interview, Galicia, October 2017.

Most people told Amnesty International that they had to live with their medical symptoms, including serious pain, for a much longer time because of the waiting lists. V, an older man living with a physical disability, told Amnesty International: “My leg was amputated many years ago, and I have a prosthesis now. I have been feeling some pain in the leg, which the doctor thought was a benign tumour”. His doctor had referred him to diagnostic testing for the pain two months before Amnesty International met with him. “I am still waiting for all the tests” he said. At the time of the interview, he did not know what the cause of the pain was or what the next steps for treatment would be.<sup>164</sup> G, a man with spondylitis (a chronic health condition) has waited in a lot of pain for six months for a consultation with an orthopaedic surgeon.<sup>165</sup> W’s daughter started to gradually lose her hearing in 2010. In 2015, she lost all hearing and was deaf. She only got a diagnostic test to confirm this in mid-2016, and was put on the waiting list for a cochlear transplant. She finally received the transplant in April 2017, almost two years after she had lost all her hearing.<sup>166</sup>



**M:<sup>167</sup> “WE ALL HAVE TO ENDURE A LOT OF PAIN BEFORE WE ACTUALLY GO TO THE DOCTOR [NOW]”**

M, a 49 year old woman, suffers from a degenerative bone disease. She has been experiencing a lot of pain in her leg. In August 2017, she met her doctor who referred her to a specialist. She only got an appointment with the specialist for June 2018. While she waits for this appointment, she is also anxious about what might be causing the pain. “Right now I am taking painkillers and anti-inflammatory drugs to get by”, she told Amnesty International. “I want for us chronic patients to have more support”, she said. Her anxiety is compounded by fears about her finances. M has a physical disability linked to her health condition, which seriously limits her mobility. Because of this, she has many limitations on the types of jobs she is able to do, and does not have a stable job. She receives about €300 a month as monetary support from the government linked to her disability. “This is not enough”, she said, “I rely a lot on family support to get by”.

Q, a 59 year old woman,<sup>168</sup> lives with several chronic health conditions. She is largely dependent on a pension linked to her disability, which amounts to about €400 a month, which she told Amnesty International was not sufficient. She was recently treated for breast cancer and a lymphoma, and also accesses the SNS for mental health care. She began to experience problems breathing about a year and a half ago. After being on the waiting list for over six months, she was diagnosed with sleep apnoea.<sup>169</sup> Her specialist recommended surgery, and she has been on the waiting list for surgery for about a year. She made several complaints on this issue at the hospital but no action was taken. She is still waiting, and the symptoms of sleep apnoea – including difficulties breathing and fatigue – continue to worry her. Because of her health conditions, Q has been unable to work for some years. She used to be a seamstress, but her cancer meant that she no longer has the arm strength to continue with this job.

All the people Amnesty International interviewed who were, or had been, seeking mental health care through the SNS (around 31 people) noted that since the crisis started, they had to wait longer to see their mental health professional. No data was available regarding general waiting times for appointments with psychiatrists and psychologists. However, experts and civil society organizations working on mental health care said this was about six months. People seeking mental health services explained to Amnesty International how this meant that their symptoms and problems went unaddressed for long periods of time, often adding to their anxiety. L, who has been seeking treatment for paranoid schizophrenia in the SNS for several years, said the system being followed after the crisis did not work for him. “If I have a [mental health] crisis, I should be able to see my psychiatrist [soon], not have to wait like I do now ... it takes too much time”, he said.<sup>170</sup> K, another man seeking similar treatment, described how his mental health medication needed to be closely supervised and changed depending on his response. He said, “I often wish I could see

<sup>164</sup> Amnesty International interview, Andalucía, October 2017.

<sup>165</sup> Amnesty International interview, Andalucía, October 2017.

<sup>166</sup> Amnesty International interview, Andalucía, October 2017.

<sup>167</sup> Amnesty International interview, Galicia, October 2017.

<sup>168</sup> Amnesty International interview, Galicia, September 2017.

<sup>169</sup> Sleep apnoea is a condition where “the walls of the throat relax and narrow during sleep, interrupting normal breathing”, available here: [www.nhs.uk/conditions/obstructive-sleep-apnoea/#symptoms-of-osa](http://www.nhs.uk/conditions/obstructive-sleep-apnoea/#symptoms-of-osa)

<sup>170</sup> Amnesty International interview, Andalucía, September 2017.

my psychiatrist a month or two sooner than I am able to, so they can adjust my medicines”.<sup>171</sup> Both, K and L, see their psychiatrist once every six months.



T:<sup>172</sup>

T has been seeking mental health care through the SNS for several years. She has been hospitalized four times between 2013 and 2017 because of her mental health condition. She is currently seeing a psychiatrist through the SNS. When she met Amnesty International in September 2017, she said she had last seen her psychiatrist in April 2017. However, she felt that the medicines she was previously prescribed were not working and she has been feeling more unwell as a result. She was unable to get an appointment to see the psychiatrist before November 2017. “I’m not feeling well ... the medical treatment the doctor prescribed is not good for me. I asked the nurse to see the doctor before November but it’s not possible”, she said. “I want to feel better ... I want to be able to clean and to look after my children and feel as happy as possible”, she told Amnesty International.

## 2.3.3 REDUCED TIME WITH HEALTH WORKERS AND QUALITY OF CARE

### A. TIME SPENT WITH HEALTH WORKERS

**“It is impossible to have unlimited treatments with [these] limited resources. Either we increase our health budget, or we decrease the quality and quantity of treatment we offer.”**

Doctor, SNS<sup>173</sup>

In the years when the number of health workers decreased (2011 – 2014), the numbers of primary care medical consultations,<sup>174</sup> consultations with medical specialists,<sup>175</sup> and surgical interventions increased.<sup>176</sup> The increasing demand for health care services combined with the reduction in numbers of health care workers has meant a reduction in the amount of time health workers spent on each patient.

Almost all health workers who spoke with Amnesty International confirmed that the consultation time they had per patient had decreased. Some doctors told Amnesty International that in some cases they were only able to spend between one and three minutes per appointment.<sup>177</sup> All health workers Amnesty International interviewed said that despite their best efforts, the changes caused by the austerity measures risked deterioration in the quality of services they were able to provide. In the words of one doctor, “If ... we have more responsibilities, more workload, and insecurity in the future ... the quality of the service deteriorates”.<sup>178</sup> Two nursing assistants explained the difficulties the austerity measures had brought to their jobs: the increase in workload meant that cleaning patients, bathing patients, and changing incontinence products, were often more delayed than they used to. “Also, sometimes we feel so stressed, we just cannot

<sup>171</sup> Amnesty International interview, Galicia, September 2017.

<sup>172</sup> Amnesty International interview, Andalucía, October 2017.

<sup>173</sup> Amnesty International interview, October 2017.

<sup>174</sup> 279 million in 2011 and 2012 to 375 million consultations in 2013 and 371 million consultations in 2014. Based on numbers in the MSSSI’s Annual Reports on the SNS, available here: [www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm).

<sup>175</sup> 71.8 million Consultations in 2011 and 75.5 million consultations in 2012 to 77.6 million medical consultations in 2013 and 78.9 million consultations in 2014. Based on numbers in the MSSSI’s Annual Reports on the SNS, available here: [www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm).

<sup>176</sup> 3.4 million in 2012 to 3.5 million consultations in 2013 and 2014. Based on numbers in the MSSSI’s Annual Reports on the SNS, available here: [www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm).

<sup>177</sup> Amnesty International interview, October 2017.

<sup>178</sup> Amnesty International interview, October 2017.

be nice to people”, one of them said.<sup>179</sup> Another nursing assistant said, “We often have to let patients go sooner, and hurry up the process”.<sup>180</sup> As one primary health care physician told Amnesty International, “The most important thing is to have more time with the patients. Right now we have about five minutes. We are fighting to have ten minutes per patient”.<sup>181</sup> This is consistent with the findings of other qualitative studies involving physicians after the crisis and austerity measures were introduced in Spain. For example, a study of primary health care physicians in Madrid also reflected the deteriorating quality of care, linked to overcrowding and shorter appointment times.<sup>182</sup>

## B. IMPACT OF SHORTER CONSULTATION TIMES



### X:<sup>183</sup> “I AM ALWAYS IN PAIN”

X, a 53 year old woman, is a regular user of the SNS. She has a rheumatic disease and fibromyalgia. “I need regular check-ups and a lot of medication”, she said. Four months before Amnesty International’s meeting with her in October 2017, she had had tests done for severe pain in her shoulder that she felt was linked to her fibromyalgia. But she had still not been called for an appointment to diagnose and treat the pain. X’s biggest concern is managing her pain, linked to her health conditions. She used to be treated at a pain unit, up until two years previously. It has since closed down. Now she relies on her primary health care physician to manage her pain. However, she has found it hard to access her physician and feels that the amount of time she is able to spend with her physician is not sufficient to address and treat her pain. “Now I only have a doctor to take care of me. I take opiates, and I decide how to take them ... People always say we overmedicate ourselves, but [in my case] there is no control by the doctor”, she said. “I feel powerless. I am at home all day, I feel ill and I am in a lot of pain. But I don’t feel like going to the doctor because I don’t get help there ... Only if it is unbearable, I go to the doctor”.

Like in X’s case above, a majority of health system users Amnesty International interviewed for this report said that they were often unable to get the care they felt they needed because of reduced consultation times. This has a particular impact on types of care that are potentially time-intensive. Mental health care is one example. All the people Amnesty International interviewed who were seeking mental health care through the SNS felt the amount of time they spent with their doctor, psychiatrist or psychologist (as relevant) had reduced since the crisis started, and was insufficient.

M, a man seeing a psychologist, explained how the reduction in the amount of time he could spend with the psychologist following the crisis impacted the care he was able to receive: “Previously, when I used to leave my psychologist, I used to feel better. He would teach me tools to cope with what I was feeling,” he said.<sup>184</sup> However, this was no longer the case. “We need time with the psychologist,” he said. T,<sup>185</sup> a woman accessing mental health services said that she wished she could spend more time with her doctor: “[The doctor] asks me whether I’m feeling well or not, if I take medicines, but nothing more”, she said. She said the staff at the health care centre had explained to her that the budget cuts had made the situation what it was. “As I understand it, there is an overcrowding of people [in the SNS] ... It’s normal that the doctors only devote 5 minutes per person”.

H, a staff member working at a governmental residential centre for people with mental health conditions, explained that she worked with patients to prepare for doctors’ appointment, so they didn’t forget anything. “If you only have [few] minutes, you feel pressured and you forget things. This happens also to healthy people, so imagine if you have a mental illness”, she said.<sup>186</sup> At the residence where she works, the number of staff has decreased from three to two for every 20 patients, because of the cuts. The staff have to accompany people living at the centre for their doctor appointments, and there always needs to be someone

<sup>179</sup> Amnesty International interview, October 2017.

<sup>180</sup> Amnesty International interview, October 2017.

<sup>181</sup> Amnesty International interview, October 2017.

<sup>182</sup> J Heras-Mosteiro et al, 2015.

<sup>183</sup> Amnesty International interview, Galicia, September 2017.

<sup>184</sup> Amnesty International interview, Andalucía, September 2017.

<sup>185</sup> Amnesty International interview, Andalucía, September 2017.

<sup>186</sup> Amnesty International interview, Andalucía, September 2017.

at the centre as well. She described how many appointments were cancelled because now there were only two people, hence one would stay in the centre and only one could accompany people to the doctor.

W, a 53-year old woman, told Amnesty International that she had been seeing a psychiatrist through the public health system for over 10 years, until a year ago, when she had to stop. She believes this was linked to the changes made following the economic crisis. “[My psychiatrist] told me he could not continue seeing me because he had too many patients ... this is the way things are, he told me”. She has not had an appointment with him for the past one year. Another man receiving mental health care and counselling for many years said, “Earlier I had more time with [my psychologist]. Now it’s just 5 minutes. I left the last appointment feeling exactly how I did when I came in”.

## 2.3.4 CONCERNS REGARDING THE QUALITY OF EQUIPMENT

**“These budget cuts don’t make sense ... We feel insulted, humiliated and powerless.”**

Man using the SNS<sup>187</sup>

In several interviews with health workers and health system users, the quality of medical equipment emerged as a concern. Health workers believed the quality of medical equipment had deteriorated after the crisis because health spending had been reduced. “First they take into account price, and then the quality”, one nursing assistant said.<sup>188</sup> Nurses complained about the lower quality of needles in the tests for diabetes, which made testing more painful for patients. Other health workers and experts raised concerns that diagnostic equipment is not being replaced at the rates at which it should, because of reductions in public health expenditure.<sup>189</sup> These concerns were shared by patients as well. One man receiving home-based oxygen therapy explained to Amnesty International in detail the difference in quality of the equipment he received from the public health system before and after the crisis. There were differences in the quality of the oxygen mask, which did not fit well; of the tube, which was not flexible; and of the battery life of the machine.<sup>190</sup> A civil society group working with people with chronic health conditions confirmed that other people had similar concerns about this new equipment, which they said was being provided to them after the austerity measures were introduced.

All the people Amnesty International interviewed who used wheelchairs had concerns about the quality of wheelchairs being provided after the crisis. People using wheelchairs, organizations working with people with disabilities, and health workers that Amnesty International spoke to believe there was a difference between the wheelchairs that used to be provided before the crisis and those being provided now, describing the ones currently provided as being harder to use and to steer, that the brakes worked less effectively, and that it was less comfortable to be on the wheelchairs all day. “You don’t get a sense of safety”, one doctor said.<sup>191</sup> Additionally, they stated that they found it harder to renew materials linked to the wheelchair, like cushions. B, a woman using a wheelchair, said she often got ulcers because her cushion was worn out and could not be replaced. And then she would have to spend money on creams for the ulcers, which were not covered by the public health system.

Amnesty International raised the specific concerns regarding reduced quality of wheelchairs with the governments of Andalucía and Galicia. In both regions, public spending on ortho-prosthetic equipment reduced during the crisis.<sup>192</sup> Furthermore, in Andalucía, the regional health service had reduced the maximum permissible financing for ortho-prosthetics, which include wheelchairs, by 10% through a recent government directive, because they needed to comply with “budgetary adjustment measures”.<sup>193</sup> However,

<sup>187</sup> Amnesty International interview, October 2017.

<sup>188</sup> Amnesty International interview, October 2017.

<sup>189</sup> Interview with Sociedad Española de Oncología Radioterápica, June 2017; Interview with Organización Médica Colegial de España, January 2018; [www.consosalud.es/saludigital/38/la-obsolencia-tecnologica-pone-en-peligro-la-evolucion-del-sector-sanitario\\_41328\\_102.html](http://www.consosalud.es/saludigital/38/la-obsolencia-tecnologica-pone-en-peligro-la-evolucion-del-sector-sanitario_41328_102.html).

<sup>190</sup> Amnesty International interview, Andalucía, October 2017.

<sup>191</sup> Amnesty International interview, October 2017.

<sup>192</sup> In interviews with Amnesty International, both, the Andalusian and Galician government confirmed this.

<sup>193</sup> Orden de 26 de junio de 2014, available here:

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/servicios/BOJA14-126-00028->

the governments of Andalucía and Galicia said that they were trying to maintain a minimum quality requirement.<sup>194</sup> They suggested that the differences in quality perceived by the users of the wheelchairs could be explained by a routine change in provider, and was not a reduction in quality. Representatives from the Ministry of Health, Social Services, and Equality told Amnesty International that the reduction in quality could be because the catalogue for ortho-prosthetic products had not been updated for several years.

Changes in the quality of such ortho-prosthetic equipment have a very particular impact on the specific groups this report focusses on, including older persons and people with disabilities. The reduction in public spending on ortho-prosthetic products, combined with the perception by users, organizations working with people with disabilities, and health workers, that the quality of these products has decreased, is concerning. While it is beyond the scope of this report to conduct a definitive analysis across medical products to analyse possible changes in quality, it is crucial that such an analysis is done urgently by the government, to determine the specific impact the austerity measures might have had.

In conclusion, a study published by the WHO, that analysed the possible impacts of policy changes introduced by countries during the economic crisis, said that reducing population coverage; increases in waiting times for essential services; increasing user charges for essential services; and attrition of health workers caused by reductions in salaries, were all examples of policy changes that risked “undermining health system goals”.<sup>195</sup> Amnesty International’s findings are consistent with this study: while the government implemented some measures to save costs in the SNS without unduly compromising the right to health, many of the austerity measures described in this chapter are similar to those listed in the WHO study above. There has been a deterioration in the accessibility, affordability, and quality of health care in Spain in this period, particularly impacting people who were economically vulnerable, and had chronic illnesses, disabilities, and sought mental health care.

---

[11179-01\\_00050706.pdf](#). The government representative from Andalucía also suggested that this might be the reason for the perception of reduced quality.

<sup>194</sup> Amnesty International interview, January and February 2018.

<sup>195</sup> WHO, Health policy responses to the crisis

# 3. ALL ALTERNATIVES WERE NOT EXHAUSTED

Spain's obligation to respect, protect and fulfil the right to health is a progressive one, which means it must take appropriate measures towards the full realization of the right to health to the maximum of its available resources. This obligation recognizes that limited resources, including when a country is faced with an economic crisis, can hamper the full realization of the right to health. However, even in these difficult circumstances, human rights monitoring bodies have developed criteria for austerity measures that must be complied with. For example, there is a strong presumption that retrogressive measures, such as cuts to health spending which can negatively impact people's access to health care, are not permissible.<sup>196</sup> The Committee on Economic, Social and Cultural rights (CESCR) has stated that if States take any deliberately retrogressive measures regarding the right to health, they have the burden of proving that these measures have been introduced "after the most careful consideration of all alternatives ... in the context of the full use of the State party's maximum available resources".<sup>197</sup> These include demonstrating that less restrictive measures - such as "adjustments in tax policy" - have been considered and exhausted;<sup>198</sup> demonstrating the non-discriminatory nature of the proposed measures; ensuring genuine participation of affected groups and individuals in decision-making processes; and demonstrating the necessity, reasonableness, temporariness and proportionality of austerity measures.

---

<sup>196</sup> CESCR, General Comment 14, para 32.

<sup>197</sup> CESCR, General Comment 14, para 32

<sup>198</sup> OHCHR, *Report on austerity measures*, 2013, para 18.

## AVAILABLE POLICY OPTIONS

The economic crisis affected several countries in Europe, albeit at differing levels of intensity. While all countries introduced policies to reduce the costs of medicines and promote their rational use, studies by the World Health Organization (WHO) suggest that the response to the crisis across Europe varied considerably across health systems.<sup>199</sup> Some countries like Spain made cuts in their health budgets,<sup>200</sup> while in others expenditure on health increased during the crisis.<sup>201</sup> While some countries, like Spain, increased user charges for health care,<sup>202</sup> others chose to expand benefits.<sup>203</sup> Similarly, while changes to restrict public health system coverage were reported in six countries, including Spain,<sup>204</sup> others increased coverage during the crisis.<sup>205</sup> Each country responded to a very different economic and health context, and therefore direct comparisons are not advisable and that is not the intention of this report. However, the range of policy tools available and used by countries is further indication that the austerity measures introduced by Spain in the public health sector were choices and reflected governmental priorities. They were not inevitable.

## 3.1 EXHAUSTION OF ALTERNATIVE AND LESS RESTRICTIVE MEASURES

In Spain the government only implemented some measures that saved costs in the public health system without unduly compromising the right to health, between 2013 and 2017, whereas measures that have had a retrogressive impact on the right to health - including horizontal cuts to the health budget (which included reductions in health worker remuneration), the introduction and increase of co-payments and exclusion of irregular migrants - were implemented earlier (between 2009 and 2012). When it was passed, the government said that RDL 16/2012 would generate €500 million in savings from the introduction of co-payments; €500 million from removing certain products from SNS coverage and €1 billion from centralized purchasing schemes (that is, purchasing commonly used products centrally, instead of at local levels, to benefit from better bargaining power and therefore cheaper prices, while keeping supplies to patients unaffected).<sup>206</sup> The former two measures were implemented in July and August 2012.

The centralized purchasing of medical products took longer to implement, and the savings from these were realized over 2013-2017. In 2012, Framework Agreements were developed for the centralized purchase of certain vaccines, projected to save €31 million.<sup>207</sup> In December 2012, the government approved tenders for the centralized purchase of certain medicines and health products that would save an estimated €80 million.<sup>208</sup> In September 2013, a new tender for centralized purchases of medicines for haemophilia was authorized, with estimated savings of €4.5 million.<sup>209</sup> In October 2013, a similar agreement was authorized for the centralized purchase of immune-suppressants which was estimated to save €14.66 million.<sup>210</sup> In October 2014, the government reached an agreement to centrally purchase the 20 most commonly consumed drugs, which they estimated would save €15 million over two years.<sup>211</sup> A similar agreement was

<sup>199</sup> WHO, Health policy responses to the crisis, p vi; WHO, Economic crisis, health systems and health in Europe: Country Experience, 2015, available at: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/279820/Web-economic-crisis-health-systems-and-health-web.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/279820/Web-economic-crisis-health-systems-and-health-web.pdf?ua=1) [hereinafter: WHO, Economic crisis & health systems, Country Experience, 2015]

<sup>200</sup> Bulgaria, Croatia, Estonia, Hungary, Iceland, Ireland, Italy, Greece, Latvia, Romania, Portugal. WHO, Economic crisis & health systems, Country Experience, 2015

<sup>201</sup> Austria, the Czech Republic, Poland, Slovakia, France, Denmark, the former Yugoslav Republic of Macedonia and Turkey. WHO, Economic crisis & health systems, Country Experience, 2015

<sup>202</sup> Armenia, Czech Republic, Denmark, Estonia, France, Greece, Ireland, Italy, Latvia, Netherlands, Portugal, Romania, Russian Federation, Slovenia, Switzerland, Turkey. WHO, Economic crisis & health systems, Country Experience, 2015

<sup>203</sup> Austria, France, Ireland, Italy, and Hungary. WHO, Economic crisis & health systems, Country Experience, 2015

<sup>204</sup> The others were Czech Republic, Latvia, Ireland, Slovenia and Cyprus. WHO, Economic crisis & health systems, Country Experience, 2015

<sup>205</sup> France, Greece, Iceland, Russian Federation, Sweden, Belgium, Bosnia and Herzegovina, Estonia. WHO, Economic crisis & health systems, Country Experience, 2015

<sup>206</sup> It is unclear how these amounts were calculated. Amnesty International didn't have access to this economic report: we requested a copy from the government but at the time of publishing we had not received it. Estimates here are from: [saludequitativa.blogspot.co.uk/2012/04/el-gobierno-cifra-en-7267-millones-el.html](http://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](http://www.larazon.es/historico/9692-el-gobierno-cifra-en-7-267-millones-el-ahorro-con-el-decreto-sanitario-HLLA_RAZON_452824)

<sup>207</sup> [www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=2537](http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=2537). This was extended the following year: [www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=2808](http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=2808)

<sup>208</sup> [www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=2697](http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=2697)

<sup>209</sup> [www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=2978](http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=2978)

<sup>210</sup> [www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3038](http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3038)

<sup>211</sup> [www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3444](http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3444)



signed in 2016 for vaccines, where, according to the government, the estimated savings exceeded €58 million.<sup>212</sup> In July 2017, the government approved the first centralized purchase of ortho-prosthetic products, with an anticipated saving of €2.5 million.<sup>213</sup> In its 2017 Stability Program Update, the Spanish government reported that centralized purchasing has generated annual savings of about €100 million.<sup>214</sup>

Taxation is one of the key tools to generate the resources necessary for the realization of human rights and ensuring equality.<sup>215</sup> The Special Rapporteur on extreme poverty and human rights has stated that the compatibility of austerity measures with the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR) “would therefore depend partly on whether the State has sought revenue-raising alternatives before making cuts in areas that are important for ensuring the enjoyment of economic, social and cultural rights”.<sup>216</sup> The Spanish government amended its tax policy as a part of its response to the crisis: VAT rates increased (16% in 2009, to 18% between 2010 and 2012, and they were then raised again to 21%),<sup>217</sup> as did top income tax rates (43% in 2007 to 52% in 2012 and then reduced to 45% in 2016).<sup>218</sup> Top corporate income rates rate, however, decreased in this period from 32.5% in 2007 to 30% from 2008 to 2014. It was further reduced to 28% in 2015 and 25% in 2016.<sup>219</sup>

Spain’s total tax revenues fell by 8.5% in 2008 and 10.1% in 2009.<sup>220</sup> This has since been increasing, but has not reached the pre-crisis, 2007 amounts.<sup>221</sup> As of 2016, Spain’s tax-to-GDP ratio was 34.1%, lower than the EU average, which is around 40%.<sup>222</sup> The composition of Spain’s tax revenue also evolved during this time: the percentage of total tax revenue coming from taxes paid by individuals and families (personal income tax and taxes on goods and services) grew, while the percentage of taxation from corporate income reduced.<sup>223</sup> These changes are linked to, both, the changes in income, consumption and the effects of the recession in Spain, and the changes in tax policy.

During the crisis, indirect taxes like VAT increased while top corporate tax rates were reduced. CESCR criticised a similar trend in the UK, in 2016: “The Committee is concerned about the adverse impact that recent changes to the fiscal policy in the State party, such as ... the increase of the value added tax, as well as the gradual reduction of the tax on corporate incomes, are having on the ability of the State party to address persistent social inequality and to collect sufficient resources to achieve the full realization of economic, social and cultural rights for the benefit of disadvantaged and marginalized individuals and groups”.<sup>224</sup> Similar concerns can be raised in the context of Spain as well. The government’s reasoning for reducing this was to encourage investment, employment, and economic growth in a time of recession. However, in effect, this policy reduced the “maximum available resources” at a time at which resources were necessary. At a minimum, the government should have demonstrated and published how it had considered and assessed all potential changes to tax policy, both to see whether they offered feasible alternatives to cuts in expenditure and in terms of their impact on different groups of people (such as through changes to VAT), which it did not do.<sup>225</sup>

Addressing the pervasive problems of tax evasion and fraud is one way tax revenues can be used as a tool to increase revenues. 2010 estimates by GESTHA, a union of tax inspectors, suggest that €88 billion were lost

---

<sup>212</sup> [www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4047](http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4047)

<sup>213</sup> [www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4198](http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4198)

<sup>214</sup> Spain, Stability Programme Update, 2017-2020, p 51.

<sup>215</sup> CESCR, ‘General Comment No. 24 on State Obligations under the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights in the Context of Business Activities’ UN Doc No E/C.12/GC/24, 23 June 2017, para 23.

<sup>216</sup> UN Human Rights Council, Report of the Special Rapporteur on extreme poverty and human rights, A/HRC/26/28, 22 May 2014, para 28.

<sup>217</sup> Statutory tax rate tables, available at: [ec.europa.eu/taxation\\_customs/business/economic-analysis-taxation/data-taxation\\_en](http://ec.europa.eu/taxation_customs/business/economic-analysis-taxation/data-taxation_en) [hereinafter: Statutory tax rate tables]

<sup>218</sup> Statutory tax rate tables.

<sup>219</sup> Statutory tax rate tables.

<sup>220</sup> In 2007 (when it was €401,189 million) and 2008 (when it was €367,157 million) to its lowest in 2009 (when it was € 329,975 million), see: [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](http://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)

<sup>221</sup> For example, in 2016, total tax revenue in Spain stood at € 381,466 million.

<sup>222</sup> Eurostat, Main national accounts tax aggregates, [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=gov\\_10a\\_taxag&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=gov_10a_taxag&lang=en)

<sup>223</sup> In 2007, revenues from VAT comprised 16.3% of total taxation; by 2016, this has increased to 19.3%. In 2007, revenues from personal income taxes comprised 20.8% of total taxation; by 2016 this has increased to 21.8% (and this percentage was much higher in some of the intervening years, e.g. it was 23.6% in 2011 and 23.7% in 2012). However, the percentage contribution of revenues from corporate income tax fell, going from 13.1% of total taxation in 2007 to 6.9% in 2016. See Table 6, Indirect taxes, available at:

[ec.europa.eu/taxation\\_customs/business/economic-analysis-taxation/data-taxation\\_en](http://ec.europa.eu/taxation_customs/business/economic-analysis-taxation/data-taxation_en); Table 16, Direct taxes, available at:

[ec.europa.eu/taxation\\_customs/business/economic-analysis-taxation/data-taxation\\_en](http://ec.europa.eu/taxation_customs/business/economic-analysis-taxation/data-taxation_en); Table 18, Direct taxes, available at:

[ec.europa.eu/taxation\\_customs/business/economic-analysis-taxation/data-taxation\\_en](http://ec.europa.eu/taxation_customs/business/economic-analysis-taxation/data-taxation_en)

<sup>224</sup> CESCR, Concluding observations on the sixth periodic report of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland, 14 July 2016, UN Doc E/C.12/GBR/CO/6, para 16.

<sup>225</sup> Amnesty International asked representatives of the Ministry of Health, Social Services and Equality about what alternative measures – including possible increases in revenue through taxation – were considered before austerity measures and budget cuts in health care were introduced. They said they were not aware of any discussions on this. Interview with government representative, February 2018.

to tax evasion in Spain.<sup>226</sup> Revenue from addressing tax evasion played a limited role in the fiscal consolidation effort during the crisis and the fiscal consolidation effort was mostly on the expenditure side.<sup>227</sup> Spain introduced reforms to strengthen the efforts against tax fraud in 2012 and 2015. While these were positive, they were introduced after cuts had been made in welfare spending, and had limited impact. GESTHA, who monitor tax evasion and fraud in Spain, reported that the problem continues and over 90% of tax evasion was not detected in 2015.<sup>228</sup> Their recommendations for improving the situation include increasing human resources dedicated to addressing tax fraud and evasion, and focussing on the entities who are responsible for a majority of the evasion.<sup>229</sup>

## 3.2 DISPROPORTIONATE IMPACT AND HUMAN RIGHTS IMPACT ASSESSMENTS

There have been concerns from several quarters that austerity measures have risked contributing to discriminatory outcomes, have disproportionately impacted, or have further entrenched inequalities for particular groups.<sup>230</sup> Amnesty International's research shows that certain groups – for example, people who are economically vulnerable and within this category, people with disabilities, people using mental health services, older persons, and people with chronic illnesses – were particularly and disproportionately impacted by the austerity measures. During this research, health workers and experts also raised concerns that the budget cuts – particularly in the initial years of the crisis – were not specific or targeted.<sup>231</sup> Therefore, their impact was felt by a very large set of groups, often disproportionately disadvantaging certain marginalized groups. These concerns have also been raised by others.<sup>232</sup>

States should ensure that austerity measures are not directly or indirectly discriminatory, either in intent or effect.<sup>233</sup> One way by which the possibly discriminatory effects of austerity measures can be identified and corrected is through conducting human rights impact assessments of these measures before and after they are developed and implemented. It is for this reason that several human rights monitoring bodies have recommended that Spain conduct such an impact assessment of the austerity measures implemented. For example, in 2012, the CESCR recommended “that the State party assess the impact of any proposed cuts on the access of the most disadvantaged and marginalized individuals and groups to health services”.<sup>234</sup> In his report on Spain in 2013, the Commissioner for Human Rights of the Council of Europe noted “the need to ensure that members of social groups that are particularly vulnerable to and affected by fiscal austerity measures, such as children and persons with disabilities, are identified and effectively protected by the state on the basis of impact assessments”. The need for such assessments also came up during Spain's Universal Periodic Review (UPR) in 2015.<sup>235</sup>

Amnesty International asked representatives of the Galician, Andalusian and central governments about whether any human rights impact assessments were conducted before the public health budget was cut or RDL 16/2012 was enforced. Representatives of the central government said they were unaware of whether any such human rights impact assessments had been carried out. The Andalusian government pointed to the legal requirement in Spain to conduct a gender impact assessment of all budgets and laws under Ley

---

<sup>226</sup> 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

<sup>227</sup> Amnesty International analysed Spain's annual Country Report – a document prepared by the European Commission that serves as an overall analysis of the government's efforts to reduce deficits – from 2010 to 2017. The reports indicate that deficit reduction focused more on expenditure side reforms and less on savings from addressing tax fraud. See here for all the reports: [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\\_en](http://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_en)

<sup>228</sup> [www.gestha.es/index.php?seccion=actualidad&num=464](http://www.gestha.es/index.php?seccion=actualidad&num=464)

<sup>229</sup> As per their monitoring over 70% of tax fraud in Spain is committed by large corporations and high-income individuals. Interview with Amnesty International, January 2018. See also: [www.vozpopuli.com/economia-y-finanzas/Gestha-denuncia-recursos-combatir-fraude-pocos\\_0\\_1083193187.html](http://www.vozpopuli.com/economia-y-finanzas/Gestha-denuncia-recursos-combatir-fraude-pocos_0_1083193187.html)

<sup>230</sup> For example, CESCR, Concluding Observations – Spain, 2012 on the impact of RDL16.2012 on irregular migrants; CoE, Commissioner for Human Rights Report, 2013 on the impact of people with disabilities; and CEDAW Committee, Concluding observations on Spain (2015) on the health of migrant women.

<sup>231</sup> Interviews with health workers, Andalusia and Galicia, September 2017.

<sup>232</sup> J Gené-Badia et al, ‘Spanish health care cuts: Penny wise and pound foolish?’, 2012, *Health Policy*, 106 (1), pp. 23-28; B Lopez-Valcarcel et al, 2017.

<sup>233</sup> OHCHR 2013.

<sup>234</sup> CESCR, Concluding Observations – Spain, 2012.

<sup>235</sup> UN Human Rights Council, Report of the Working Group on the Universal Periodic Review: Spain, 13 April 2015, A/HRC/29/8, para 131.123, available at: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/UPR/Pages/ESIndex.aspx> [hereinafter: Spain UPR report, 2015].

Orgánica 3/2007. However, they did not share the findings of this assessment.<sup>236</sup> While a gender impact assessment is crucial and is a positive step, this alone would not be sufficient, given the range of risks austerity measures pose. For example, it would not capture what specific risks that people living with disabilities, older people, people accessing mental health care, or people with chronic health conditions could face. The Galician government told Amnesty International that they had not conducted a social or human rights impact assessment of the RDL 16/2012, before it was implemented, since it was a central law and was not developed by them.<sup>237</sup> However, they said they put in place measures to alleviate what negative impact they believed it could have.<sup>238</sup> The Galician government also shared a study they had conducted after the co-payments were introduced to assess their impact, based on which they believed the impact of this change was limited.<sup>239</sup> While any measures to assess impact is welcome, this study has been discussed in more detail in the previous chapter, which explains why it should not be used to support the conclusion that the new co-payments had no impact.

### 3.3 GENUINE CONSULTATION AND PARTICIPATION OF AFFECTED PEOPLE

**“The patient is the least important thing. We don’t feel represented”**

Man using the SNS<sup>240</sup>

**“Nurses’ voices are not being heard”**

Nurse, SNS<sup>241</sup>

The right to health includes the right to participate in the development and implementation of health-related plans and policies.<sup>242</sup> This is key to ensuring that any developments or changes introduced as austerity measures are appropriate, and account for people’s specific health-needs. This is particularly relevant in the context of austerity measures: according to the CESCR, “the genuine participation of affected groups and individuals in examining the proposed austerity measures and alternatives is highly relevant to the necessity and permissibility of those measures”.<sup>243</sup> Neither the Ministry of Health, Social Services and Equality, nor the regional governments of Andalucía and Galicia, described such a process in the context of the austerity measures discussed in this report.

The choice of legal instrument to enact the main change to the health system - the RDL 16/2012 - is telling. Unlike laws that are discussed and passed by the Spanish Legislature (Cortes Generales), a Royal Decree is introduced by the executive in times of “extraordinary and urgent need”,<sup>244</sup> without the same level of scrutiny and consultation other laws receive. It is later ratified by the legislature. Amnesty International asked representatives of the Ministry of Health, Social Services and Equality what steps had been taken to consult with and ensure the participation of affected groups before RDL 16/2012 was implemented. The representatives said they were not aware of any such measures, and in general it would be up to the relevant

<sup>236</sup> Amnesty International interview, January 2018.

<sup>237</sup> Amnesty International interview, February 2018.

<sup>238</sup> For example, they introduced targeted programs to ensure that irregular migrants could access health care. They also tried to reduce the burden of co-payments by ensuring pensioners would only make up-front payments up to their monthly limits, removing the need for greater up-front payments and later reimbursements. They did not, however, change the actual structure of the co-payments. Andalucía also implemented a similar scheme.

<sup>239</sup> Amnesty International interview, February 2018. The government showed Amnesty International researchers the survey during the interview.

<sup>240</sup> Amnesty International interview, September 2017.

<sup>241</sup> Amnesty International interview, September 2017.

<sup>242</sup> General Comment 14, paras 11, 34.

<sup>243</sup> OHCHR, *Report on austerity measures*, 2013, para 21.

<sup>244</sup> Article 86.1, Constitution of Spain.

regional governments to ensure consultations and health user participation.<sup>245</sup> They were also not aware of any consultation around the reductions in public health expenditure.

The government of Galicia explained that the Galician health system had a general system in place, which included a Patient Advising Council, through which patients could participate in how the health system was managed.<sup>246</sup> When asked about specific consultations around the austerity measures, the Galician government said RDL 16/2012 was a national law, and therefore they did not consult on it in the region before it was enacted.<sup>247</sup> After it was enacted, they did explain the provisions of the law to different citizen representatives and conducted meetings to identify possible risks, based on which they introduced some measures (described above). The representative told Amnesty International that many citizen representatives had asked for the law to not be implemented. The Andalusian government also described general avenues for citizen participation in the public health system, saying that patients could make complaints and register their opinions about specific policies through these channels, including periodic satisfaction surveys.<sup>248</sup> However, they did not describe any consultative process that was specific to RDL 16/2012 or reductions in health expenditure.

None of the health workers who shared information with Amnesty International felt that there had been a meaningful or adequate consultative or participatory process regarding the budget cuts and austerity measures. This is consistent with other studies on this issue. One study of health workers noted an “overwhelming view that so far they had not been consulted throughout the process of agenda setting and policy making”,<sup>249</sup> which was similar to findings in a study of health workers in Catalonia.<sup>250</sup> Another expert wrote: “There is growing dissatisfaction among professionals for not being invited to participate in decision-making processes concerning cuts”.<sup>251</sup> An overwhelming majority of the health system users interviewed for this report said they did not know of any process in place to participate in how the austerity measures were developed and implemented. A few people told Amnesty International that they had been asked about some aspects of the austerity measures, because they were members of particular committees or patients associations. However, even they did not feel their participation was genuinely considered by the government, or reflected in the outcomes in any way.

### 3.4 TEMPORARINESS OF THE MEASURES IMPOSED

Human rights standards require that, when imposed, austerity measures should be temporary and only cover the period of the economic crisis. Some of the measures introduced during the crisis, including in the health sector, have been amended and are beginning to be reversed. For example, while it has not yet reached pre-crisis levels, public health expenditure has been increasing since 2014. Some of the changes made to health workers’ working conditions have been amended as well: the salary freeze was lifted, and the replacement rates on hiring have gradually increased.<sup>252</sup> This is, however, not the case for other changes introduced to the health system in Spain during this period. For example, RDL 16/2012 was not introduced as a temporary measure with a time-frame for when the changes would cease to be operational; instead, it was enacted as a permanent change to the structure of the health system in Spain. Ten years after the crisis began, and six years after RDL 16/2012 was enacted, the changes introduced by the instrument remain in force, including the introduction and increase of co-payments and exclusion of irregular migrants from free SNS coverage (with limited exceptions). The Ministry of Health told Amnesty International they had no plans to repeal or revise aspects of the RDL 16/2012. They explained that the law was not just about responding to the economic crisis, but was also important to improve the general efficiency of the health system in the long-term. The government of Galicia also confirmed that they had not heard of any plans to revise or repeal parts of the RDL 16/2012. “Now the challenge is not economic, but to account for the increasing demand,” the representative said.<sup>253</sup>

---

<sup>245</sup> Amnesty International interview, February 2018. However they clarified that some regulations based on the RDL 16/2012, such as the elaboration of a catalogue for ortho-prosthetics, were being developed through “a very consultative process”.

<sup>246</sup> Amnesty International interview, February 2018.

<sup>247</sup> Amnesty International interview, February 2018.

<sup>248</sup> Satisfaction surveys are available here:

[www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr\\_encuestasatisf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_encuestasatisf)

<sup>249</sup> F Cervero-Liceras et al, 2015

<sup>250</sup> Legido-Quigley, 2013.

<sup>251</sup> J Gené-Badia et al, ‘Spanish health care cuts: Penny wise and pound foolish?’, 2012, *Health Policy*, 106 (1), pp. 23-28.

<sup>252</sup> Spain, Stability Programme Update, 2017-2020, p 73.

<sup>253</sup> Amnesty International interview, February 2018.

# 4. ROLE OF THE EUROPEAN UNION

The EU and its institutions have human rights responsibilities. They are bound by the EU Charter on Fundamental Rights, which affirms economic and social rights. In particular, Article 35 states that “A high level of human health protection shall be ensured in the definition and implementation of all Union policies and activities”. Article 9 of the Treaty on the Functioning of the European Union (TFEU) provides that, in defining and implementing its policies and activities, the European Union should take into account the protection of human health. Article 6 of the TEU also states that the European Convention on Human Rights, which prohibits discrimination “shall constitute general principles of the Union's law”.<sup>254</sup> The EU has ratified the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), Article 25 of which protects the right to health of persons with disabilities.

These obligations include the responsibility to take all necessary steps to ensure that the economic and fiscal policies promoted as a part of the EU's economic governance function, and the financial assistance programmes supported by the EU, do not undermine human rights protections or result in human rights violations where they are implemented. EU institutions influenced the economic policy choices that the Spanish government made during the crisis through the Excessive Deficit Procedure (EDP), by making specific recommendations during the European Semester, and through regular monitoring (called post-programme surveillance) following a financial assistance program.

Previous chapters of this report have described how the accessibility, affordability and quality of health care in Spain deteriorated in the aftermath of the austerity measures implemented by the Spanish government, with a particular impact on groups who were economically vulnerable, on low incomes, and people with disabilities, with chronic health conditions, older persons, and those seeking mental health services.

## 4.1.1 EXCESSIVE DEFICIT PROCEDURE

All EU member states are subject to the EDP, a process that is triggered when Member States' deficits or sovereign debt levels are considered 'excessive' and are not decreasing in a satisfactory manner.<sup>255</sup> Once an EDP is launched against a state, the Council issues specific, time-bound recommendations to the state to correct the deficit, which is monitored by both the Commission and Council. States face the possibility of warnings and ultimately sanctions - such as fines up to 0.2% of GDP and a suspension of some EU financial assistance<sup>256</sup> - if they persistently fail to take adequate action to address their deficits or debts.

In April 2009, the European Council, said an excessive deficit existed in Spain, and made recommendations to address the situation including fiscal consolidation of 1.25% of its GDP.<sup>257</sup> Over the next few years, as the crisis worsened, recommendations for fiscal consolidation under the EDP were continually revised and the

---

<sup>254</sup> European Convention on Human Rights, available here: [http://www.echr.coe.int/Documents/Convention\\_ENG.pdf](http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf)

<sup>255</sup> The EDP is part of the Stability and Growth Pact and is triggered when the deficit is greater than 3% of GDP or debt is greater than 60% of GDP. See: [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\\_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_en)

<sup>256</sup> [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\\_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/stepping-or-abrogating-edp_en)

<sup>257</sup> Council of the European Union, Council Recommendation to Spain with a view to bringing an end to the situation of an excessive government deficit, 6 April 2009, Doc No: 7904/09.

timeline for their implementation was extended.<sup>258</sup> The necessity to comply with these targets was evident by the fact that the Commission and Council initiated discussions on implementing a fine of 0.2% of GDP in 2016, because the Spanish authorities had failed to meet the structural adjustment targets in both 2014 and 2015. Eventually, they decided that the fine would be cancelled due to the difficult economic conditions Spain had already endured.<sup>259</sup>

Recommendations under the EDP are usually framed as broad targets for fiscal consolidation. However, public documents indicate that the EU Commission and Council were aware that Spain was meeting these targets through expenditure cuts in services like health. A 2012 Commission Staff Working Document (SWD, internal analysis to support the EU's economic monitoring) on Spain stated that "On the expenditure side, measures include cuts in spending on education and health care".<sup>260</sup> While reviewing Spain's progress, a 2012 Council recommendation stated that: "The draft budget law and the Stability Programme foresee that total expenditure declines as a result of deep cuts in both capital and current spending, including from savings in the areas of health care and education at regional level".<sup>261</sup> A SWD from 2013 said that cuts in health and education amounted to 0.4% of GDP in 2012, 0.7% of GDP in 2013, and would amount to 0.75% of GDP in 2014.<sup>262</sup> Spain's 2013 Economic Partnership Programme suggested that: "*with the goal of improving the efficiency of spending, the rationalisation of spending on health care is particularly important. Here some measures have already been adopted [...] and other far reaching measures are now being drafted*".<sup>263</sup> On the back of the Economic Partnership Programme the Commission informed the Council that '*the fiscal structural measures that Spain plans to implement are [...] the reduction in healthcare and public administration spending*' and that, '*regarding health expenditure, the revision of the basket of benefits [...] could result in a more efficient use of public resources*'.<sup>264</sup>

## 4.1.2 EUROPEAN SEMESTER

The EU's economic governance framework includes mechanisms for the regular monitoring of Member States' budgets; for the timely identification of potential economic problems; and for the prompt correction of these problems. These activities happen within the framework of the 'European Semester', an annual timeline of activities started in 2010 that aim to ensure sound public finances and prevent excessive macroeconomic imbalances.<sup>265</sup> Individual governments submit their plans for budget, macroeconomic and structural reforms. The EU examines these, provides governments with country-specific recommendations, and governments must then take appropriate action based on these recommendations.

In 2011 and 2012, Spain only received broad recommendations to reduce the deficit and limit public expenditure. However, in 2013 and 2014 - when public expenditure on health started to grow again - the Council made specific recommendations asking that Spain "increase the cost-effectiveness of the health-

---

<sup>258</sup> For example, later in 2009, the Council recommended an annual structural budgetary adjustment of 1.75% of GDP over the period 2010-2013. In 2012, both the Commission and Spanish authorities revised the structural adjustment targets upwards: the Commission and Council recommended that Spain ensure a fiscal consolidation of 2.5% of GDP for 2013. In 2013, the Commission and Council extended the deadline for correcting the excessive deficit in Spain by two years. The new revised adjustment targets were for 1.1% of GDP in 2013, 0.8% in 2014, 0.8% in 2015 and 1.2% in 2016. See all documentation here: [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\\_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_en)

<sup>259</sup> The Commission also granted an extension of the deadline for correcting the excessive deficit in Spain by two years. The deadline was moved to 2018 with a recommended deterioration of the structural balance by 0.4% of GDP in 2016 and a 0.5% improvement of the structural balance in 2017 and 2018. European Commission, Recommendation for a Council Decision giving notice to Spain to take measures for the deficit reduction judged necessary in order to remedy the situation of excessive deficit, 27 July 2016, Doc No. COM (2016) 518.

<sup>260</sup> Commission Staff Working Document, Analysis by the Commission services of the budgetary situation in Spain, SWD/2012/0215 (final) available here: [eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:52012SC0215&from=EN](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:52012SC0215&from=EN)

<sup>261</sup> Council of the European Union, Council Recommendation to Spain with a view to bringing an end to the situation of an excessive government deficit, 9 July 2012, Doc. No. 12171/12, available here: <http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-12171-2012-INIT/en/pdf>

<sup>262</sup> Commission Staff Working Document, Analysis by the Commission services of the budgetary situation in Spain, SWD/2013/0383 (final) available here: [eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:52013SC0383&from=EN](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:52013SC0383&from=EN)

<sup>263</sup> Spain, Economic Partnership Programme, 2013, available here: [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/economic\\_governance/sgp/pdf/30\\_edps/other\\_documents/2013-10-01\\_es\\_-\\_epp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/economic_governance/sgp/pdf/30_edps/other_documents/2013-10-01_es_-_epp_en.pdf)

<sup>264</sup> European Commission, Proposal for a Council Opinion on the Economic Partnership Programme of Spain, 15 November 2013, Doc. No. COM (2013) 902.

<sup>265</sup> The EU's economic governance explained, available here: [ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eu-economic-governance-monitoring-prevention-correction/european-semester/framework/eus-economic-governance-explained\\_en#coordinationthroughouttheyeartheeuropeansemester](http://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eu-economic-governance-monitoring-prevention-correction/european-semester/framework/eus-economic-governance-explained_en#coordinationthroughouttheyeartheeuropeansemester)

care sector, while maintaining accessibility for vulnerable groups”.<sup>266</sup> In 2015, the Council recommended that Spain “Improve the cost-effectiveness of the healthcare sector”.<sup>267</sup>

### 4.1.3 FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAMME

Following a request from Spain in June 2012, the European Stability Mechanism made available up to €100 billion in assistance to Spain to assist its banking sector.<sup>268</sup> The conditionalities in Spain’s Memorandum of Understanding (MoU) were broadly focussed on restructuring specific banks and strengthening the general, regulatory framework of the Spanish banking sector. However, the MoU also stated that “*There is a close relationship between macroeconomic imbalances, public finances and financial sector soundness*”.<sup>269</sup> Linked to this, Spain committed to “*correct the present excessive deficit situation by 2014*” and “*implement the country-specific recommendations in the context of the European Semester*”.<sup>270</sup> Eventually, Spain only borrowed around €41.3 billion: as of October 2017, Spain had repaid €9.612 billion.<sup>271</sup>

As a country that received financial assistance, Spain is subject to regular reviews by the European Commission to monitor its repayment capacity.<sup>272</sup> These monitoring reports have emphasized the need to correct the budget deficit, keeping up the pressure on the Spanish Government.<sup>273</sup> And some have pointed to how Spain was accomplishing this by “*curbing health-care expenditures*”.<sup>274</sup> The most recent report stated that “*The consolidation effort... needs to continue*”.<sup>275</sup>

EU institutions, therefore, made multiple recommendations to the Spanish government to reduce its deficit, including by reducing public expenditure. Where general recommendations of this nature were made, EU institutions were aware that the Spanish government was meeting these targets by reducing public spending on health. Furthermore, in some instances, more specific recommendations were made regarding making public health expenditure more cost effective.<sup>276</sup> The pressure on the Spanish government is evidenced in the preamble of the RDL 16/2012 which stated that the immediate application of the law was “*necessary, in the current socio-economic context*”, and that the measures were necessary to respond without delay to a number of factors, including the “*viability required by the European Union*”.

## 4.2 INADEQUATE ACTION TO IDENTIFY AND REDUCE RISK OF HUMAN RIGHTS IMPACT

Around the same time as EU institutions were making recommendations to Spain to reduce deficits, public studies by other EU bodies as well as statements by European and international institutions were pointing to the risks and possible human rights impacts of reductions in welfare spending, particularly spending in

---

<sup>266</sup> Council Recommendation on the National Reform Programme 2013 of Spain and delivering a Council opinion on the Stability Programme of Spain, 2012-2016 Doc No. 2013/C 217/20, available here: [eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:52013DC0359&from=EN](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:52013DC0359&from=EN); Council Recommendation on the National Reform Programme 2014 of Spain and delivering a Council opinion on the Stability Programme of Spain, 2014, Doc No. 2014/C 247/08, available here: [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:32014H0729\(08\)&from=EN](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:32014H0729(08)&from=EN)

<sup>267</sup> Council Recommendation on the 2015 National Reform Programme of Spain and delivering a Council opinion on the 2015 Stability Programme of Spain, Doc No 2015/C 272/13, available here: [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:32015H0818\(14\)&from=EN](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:32015H0818(14)&from=EN)

<sup>268</sup> Set up in 2012, the ESM describes itself as a “permanent solution for a problem that arose early in the sovereign debt crisis: the lack of a backstop for euro area countries no longer able to tap the markets”. In effect, the ESM provides financial assistance to euro area countries who request it because of a financial or economic crisis. See: <https://www.esm.europa.eu/about-us/history>

<sup>269</sup> Memorandum of Understanding on financial-sector policy conditionality, para 29, available here, [ec.europa.eu/economy\\_finance/eu\\_borrower/mou/2012-07-20-spain-mou\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/eu_borrower/mou/2012-07-20-spain-mou_en.pdf) [hereinafter: MoU]

<sup>270</sup> MoU, para 30 and 31.

<sup>271</sup> <https://www.esm.europa.eu/assistance/spain>

<sup>272</sup> For more details, see: [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](http://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)

<sup>273</sup> Spain – Post Programme Surveillance, Spring 2014, available here:

[ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/occasional\\_paper/2014/pdf/ocp193\\_summary\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2014/pdf/ocp193_summary_en.pdf)

<sup>274</sup> Spain – Post Programme Surveillance, Spring 2014, available here:

[ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/occasional\\_paper/2014/pdf/ocp193\\_summary\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2014/pdf/ocp193_summary_en.pdf)

<sup>275</sup> European Commission, Post-Programme Surveillance– Spain, Autumn 2017, available here: [ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip066\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip066_en.pdf)

<sup>276</sup> This is consistent with a more general public position adopted by the Council in 2010, which stated that “Ensuring the long-term sustainability of public finances is a challenge which should be reflected in all fields of economic policy coordination in the EU”, making suggestions for how states could “constrain excessive growth” in public health expenditure, available here: [http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms\\_Data/docs/pressdata/en/ecofin/118273.pdf](http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_Data/docs/pressdata/en/ecofin/118273.pdf)

public health.<sup>277</sup> Given these risks, the EU should have taken concrete steps to identify and mitigate possible human rights impacts of the economic and fiscal policies promoted through their recommendations. However, as the section below demonstrates, adequate steps were not taken to this end.

## 4.2.1 HUMAN RIGHTS OBLIGATIONS NOT CONSIDERED IN THE DEVELOPMENT OF RECOMMENDATIONS

The European Commission's Directorate-General on Economic and Financial Affairs told Amnesty International that recommendations during the EDP and European Semester were prepared based on internal analyses, such as the Country Report and In-Depth Review. Other European Commission departments, such as the Directorate-General for Employment, Social Affairs & Inclusion and the Directorate-General for Health contributed to the recommendations. Amnesty International reviewed the internal analyses mentioned above. While they refer to some social indicators (unemployment, education, and poverty notably), they did not mention Spain's human rights obligations or need for expenditure associated with respecting, fulfilling and protecting human rights. The Independent Expert on the effects of foreign debt (appointed by the UN Human Rights Council and affiliated to the UN OHCHR) also noted that in the European Semester "Economic and financial policies are analysed on the basis of review and compliance reports, which tend to have a very narrow focus on meeting financial targets and programme implementation".<sup>278</sup>

In the context of health, the EU Commission recognizes the links between fiscal sustainability and public health spending.<sup>279</sup> In a meeting with Amnesty International, representatives from the D.G. on Health and Food Safety said that the European Semester monitored EU health systems' "effectiveness, accessibility and resilience". The Country Health Profiles prepared by the DG on Health and Food Safety are a key document that indicate issues to reflect in the recommendations during the European Semester. However, unless indicators in the Country Health Profiles were very out of step with regional trends, concerns about health would not be reflected in country-specific recommendations.<sup>280</sup> While reliance on health indicators is useful, the assessment ranks them across European countries, hence risks comparing countries at very different levels of health system development even within the EU, instead of measuring possible national-level retrogressions. It also does not account for the certain changes to the health system and reductions in public health expenditure which can produce long-term effects that will not be visible in these indicators in the short term.

In this context, the Independent Expert on the effects of foreign debt noted that "Country-specific recommendations should be scrutinized with regard to their potential human rights impact and social policy targets need to be adequately reflected therein". The Independent Expert recommended that the EU "Devise a monitoring and accountability mechanism for ensuring the protection and realization of social rights in the context of the European Semester" and "Strengthen the mandate and capacity of the European Union Agency for Fundamental Rights ... to promote a rights-based review of economic and fiscal policies in the context of the European Semester".<sup>281</sup>

## 4.2.2 HUMAN RIGHTS IMPACT ASSESSMENTS

In a meeting with Amnesty International, representatives from the European Commission's DG on Economic and Financial Affairs confirmed that they had not conducted any human rights or social impact assessments of the recommendations made to Spain as a part of the EDP or European Semester, before or after they were

---

<sup>277</sup> See chapter 6; Eurofound, 'Impacts of the crisis on access to healthcare services in the EU', 24 November 2013, available here, [www.eurofound.europa.eu/publications/report/2013/quality-of-life-social-policies/impacts-of-the-crisis-on-access-to-healthcare-services-in-the-eu](http://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2013/quality-of-life-social-policies/impacts-of-the-crisis-on-access-to-healthcare-services-in-the-eu); DG for Internal Policies, "The impact of the crisis on fundamental rights across Member States of the EU- Comparative Analysis" Study for the LIBE Committee (2015), available here [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); Council of the European Union, 'Council conclusions on the economic crisis and healthcare', Luxembourg, 20 June 2014, <http://www.consilium.europa.eu/media/28051/143283.pdf> [hereinafter: Council conclusions on health care, 2014].

<sup>278</sup> UN Human Rights Council, Report of the Independent Expert on the effects of foreign debt on his mission to institutions of the European Union, 28 December 2016, UN Doc: A/HRC/34/57/Add.1, para 10. [hereinafter, Report of the Independent Expert on the European Union]

<sup>279</sup> [https://ec.europa.eu/health/policies/systems\\_fr](https://ec.europa.eu/health/policies/systems_fr)

<sup>280</sup> Interview with Commission representatives, February 2018. This is consistent with the following paper by the Commission: European Commission, 'Identifying fiscal sustainability challenges in the areas of pension, health care and long-term care policies' October 2014, Occasional Papers 201, available here: [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/occasional\\_paper/2014/pdf/ocp201\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2014/pdf/ocp201_en.pdf)

<sup>281</sup> Report of the Independent Expert on the European Union, para 83.



made.<sup>282</sup> According to the representatives it was not necessary, as per EU procedure. Their recommendations were largely based on their internal analyses, such as the Country Report and In-Depth Review. They also said that the recommendations were often very broad – e.g. just percentage targets for fiscal consolidation – and the exact policy choice was left to the Spanish government. It would therefore be difficult for them to conduct any impact assessment of such a broad recommendation. Amnesty International asked if the Commission asked the Spanish government to conduct human rights or social impact assessments of how they implemented these recommendations. While this question was asked in one instance by the Commission’s Social Protection Committee, representatives told Amnesty International there was no process for this, and this was not being monitored by them.

Human rights impact assessments are necessary to understand what the possible impact of a particular policy might be, and to put in place measures to mitigate this impact. The Commission has a process in place to conduct Impact Assessments on some of its initiatives, including legislative and non-legislative proposals,<sup>283</sup> when the expected economic, environmental or social impacts of EU action are “likely to be significant”.<sup>284</sup> However, the Impact Assessment Guidance excludes “Economic governance: recommendations, opinions, adjustment programmes” as needing Impact Assessments because these are “Specific processes supported by country specific analyses”.<sup>285</sup> Furthermore, the EU’s Impact Assessment guidelines have been criticised, including by OHCHR, for not adequately considering human rights concerns, particularly on economic and social rights. The Guidelines are primarily intended to assess economic, environmental or social impacts. While the Guidelines mention “fundamental rights” and some human rights concerns are included in the understanding of “social impact”, in the words of the OHCHR, “this does not sufficiently guarantee that human rights are systematically addressed”.<sup>286</sup>

### 4.2.3 INADEQUATE SAFEGUARDS

Lack of human rights impact assessments has meant that recommendations by the EU Commission and Council to address deficits often do not contain safeguards or suggestions necessary to ensure that their implementation does not result in reduced human rights protections. For example, none of the recommendations containing targets for fiscal consolidation under the EDP made reference to the need to respect Spain’s ongoing obligation to progressively realise economic and social rights, or the need to ensure that their implementation did not discriminate against or disproportionately impact marginalized groups. In 2013 and 2014, country-specific recommendations on the cost effectiveness of health expenditure asked that Spain do so while “maintaining accessibility for vulnerable groups”. While not a comprehensive safeguard, this practice is a welcome step through which to reflect a state’s human rights obligations in economic and fiscal choices. However, this caveat was removed in a similarly framed recommendation in 2015.<sup>287</sup>

Therefore, the recommendations by the EDP and European Semester increased pressure on the Spanish government to put in place the austerity measures that it did. EU institutions should have played a greater role in identifying and mitigating the human rights impact of these policies. Instead, they have either steered the Spanish government towards policies that were incompatible with Spain’s obligations to fulfil the right to health, or not done enough to mitigate potential human rights impact.

---

<sup>282</sup> Interview with Commission representatives, February 2018.

<sup>283</sup> ‘The need for impact assessments’, available here: [ec.europa.eu/info/law/law-making-process/planning-and-proposing-law/impact-assessments\\_en](http://ec.europa.eu/info/law/law-making-process/planning-and-proposing-law/impact-assessments_en)

<sup>284</sup> “Tool #9. When is an Impact Assessment Necessary?” available here: [ec.europa.eu/info/sites/info/files/file\\_import/better-regulation-toolbox-9\\_en\\_0.pdf](http://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/better-regulation-toolbox-9_en_0.pdf) [hereinafter: Tool #9]

<sup>285</sup> Tool #9, p 51.

<sup>286</sup> OHCHR, *The EU and International Human Rights Law*, p. 20, available here: [www.europe.ohchr.org/Documents/Publications/EU\\_and\\_International\\_Law.pdf](http://www.europe.ohchr.org/Documents/Publications/EU_and_International_Law.pdf)

<sup>287</sup> When Amnesty International asked representatives of the DG on Economic and Financial Affairs why this safe-guard was removed, they explained it was because their internal analyses deemed it unnecessary. However, it is not clear what exact analysis this was, since none of the public documentation had made this assessment.

# 5. SPAIN'S HUMAN RIGHTS OBLIGATIONS

## 5.1 THE RIGHT TO HEALTH

Spain has ratified a range of international and regional human rights law treaties that require the right to health be respected, protected and fulfilled. These include the ICESCR and the Optional Protocol to the ICESCR;<sup>288</sup> the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women;<sup>289</sup> the International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination;<sup>290</sup> the Convention on the Rights of the Child;<sup>291</sup> and the Convention on the Rights of Persons with Disabilities.<sup>292</sup>

The right to health requires that health care facilities, goods and services are available in sufficient quantity; accessible to everyone without discrimination, which includes physical accessibility, affordability, and information accessibility; acceptable to all person, that is, respectful of medical ethics and culturally appropriate; and of good quality.<sup>293</sup> It also extends to the underlying determinants of health, which include food and nutrition, housing, safe water, adequate sanitation, safe and healthy working conditions, and a healthy environment.<sup>294</sup> The “participation of the population in all health-related decision-making at the community, national and international levels” is also key.

These obligations include protections for specific groups, including those focussed on in this report. According to Article 25 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, persons with disabilities have the right to the enjoyment of the highest attainable standard of health without discrimination on the basis of disability. A thematic study by the Special Rapporteur on the right to health noted that older persons were “especially vulnerable as a group” in terms of the right to health.<sup>295</sup> Effective, transparent and accessible monitoring and accountability mechanisms are an essential feature of the right to health, and this includes the collection of relevant data that is disaggregated to capture the conditions of specifically marginalized groups.<sup>296</sup>

Furthermore, Spain has obligations under regional instruments that protect the right to health. The European Social Charter states that everyone has the right to benefit from any measures enabling them to enjoy the highest possible standard of health attainable, and Article 11 describes other measures that states should take to protect health.<sup>297</sup> Spain has signed, but not ratified, the revised European Social Charter, which also protects aspects of the right to health.<sup>298</sup> Article 168 of the Treaty on the Functioning of the European Union states that “A high level of human health protection shall be ensured in the definition and implementation of all Union policies and activities”. In 2014, the Council adopted conclusions on the economic crisis and

---

<sup>288</sup> Article 12.

<sup>289</sup> Article 12.

<sup>290</sup> Article 5 (e) (iv).

<sup>291</sup> Article 24.

<sup>292</sup> Article 25.

<sup>293</sup> CESCR, General Comment 14, para 12.

<sup>294</sup> CESCR, General Comment 14, para 4.

<sup>295</sup> UN Human Rights Council, Thematic study on the realization of the right to health of older persons by the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, UN Doc. A/HRC/18/37, 4 July 2011.

<sup>296</sup> UN Human Rights Council, Report by the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, E/CN.4/2003/58, 13 February 2003; CESCR, General Comment 14, para 57 and 58.

<sup>297</sup> European Social Charter 1961, available here: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/035>

<sup>298</sup> European Social Charter (Revised), available here: <https://rm.coe.int/168007cf93>

health care, calling on states to “Continue improving further access for all to high quality healthcare services paying particular attention to the most vulnerable groups”.<sup>299</sup>

The Spanish Constitution protects the right to health in Article 43, which reads as follows: “(1) The right to health protection is recognised. (2) It is incumbent upon the public authorities to organise and safeguard public health by means of preventive measures and the necessary benefits and services. The law shall establish the rights and duties of all concerned in this respect”.<sup>300</sup> It is listed under Chapter 3, titled, “Governing Principles of Economic and Social Policy”, meaning it is not enforceable in the same way as the rights listed in Chapter 2, titled “Rights and Liberties”. For example, Article 53 of the Spanish Constitution lays down a process by which the rights under Chapter 2 can be enforced, including through recourse to courts. However, Article 53(3) states that while substantive legislation, judicial practice and actions of the public authorities will be based on the “principles recognised in Chapter Three ... [they] may only be invoked in the ordinary courts in the context of the legal provisions by which they are developed”.<sup>301</sup>

## 5.2 AUSTERITY & HUMAN RIGHTS

The obligation to realise the right to health is a progressive one, meaning, Spain has an immediate obligation to take deliberate, concrete and targeted steps towards the full realization of the right to health.<sup>302</sup> There is a strong presumption against deliberately retrogressive measures,<sup>303</sup> and, if any deliberately retrogressive measures are taken, the State party must justify why this was done. Austerity measures, including those in Spain, usually involve reductions in public spending and structural changes in welfare systems to save costs. These often have the effect of causing a retrogression in the enjoyment of economic, social and cultural rights. Human rights monitoring bodies have noted, both, the human rights risks associated with austerity programmes and that states continue to have human rights obligations even “in times of economic crisis, [when] adjustments in the implementation of some Covenant rights might be inevitable”.<sup>304</sup> On this basis, they have developed criteria for how austerity measures should be developed and implemented. There is growing international recognition based on general comments, concluding observations and statements of human rights mechanisms,<sup>305</sup> that potentially retrogressive measures could only be regarded as consistent with economic, social and cultural rights obligations if these criteria are fulfilled.

Briefly, austerity measures should be (a) Temporary and only cover the period of the economic crisis;<sup>306</sup> (b) Legitimate, with the ultimate aim of protecting the totality of human rights; (c) Necessary, in that they must be justifiable after the most careful consideration of all other less restrictive alternatives; (d) Reasonable, in that the means chosen are the most suitable and capable of achieving the legitimate aim; (e) Proportionate, in the sense that, the adoption of any other policy or failure to act would be more detrimental to the enjoyment of economic, social and cultural rights; (f) Not discriminatory and can mitigate the inequalities that can emerge in times of crisis; and they ensure that the rights of disadvantaged and marginalized individuals and groups are not disproportionately affected; (g) Protective of the minimum core content of economic, social and cultural rights; based on transparency and genuine participation of affected groups in examining the proposed measures and alternatives; (h) Subject to meaningful review and accountability procedures.<sup>307</sup>

---

<sup>299</sup> Council conclusions on health care (2014).

<sup>300</sup> Constitution of Spain, available here: <http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/index.htm>

<sup>301</sup> Constitution of Spain, available here: <http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/index.htm>

<sup>302</sup> CESCR, General Comment 14, para 30.

<sup>303</sup> CESCR General Comment 14, para 32.

<sup>304</sup> CESCR Letter, 16 May 2012.

<sup>305</sup> The following experts have all developed and endorsed these criteria: the Independent Expert on the question of human rights and extreme poverty (appointed by the UN Human Rights Council); CESCR; OHCHR; and the Independent Expert on the effects of foreign debt. See: UN Human Rights Council, Report of the Independent Expert on the question of human rights and extreme poverty, UN Doc. A/HRC/17/34, 17 March 2011. CESCR Letter, 16 May 2012; See also CESCR, Public debt, austerity measures and the International Covenant on Economic, Social and Cultural rights, UN Doc. E/C.12/2016/1, 22 July 2016, which developed these standards further. OHCHR, *Report on austerity measures*, 2013. These criteria have also been referred to with approval by a Council of Europe study on this issue. 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.

<sup>306</sup> OHCHR, *Report on austerity measures*, 2013

<sup>307</sup> UN Human Rights Council, Report of the Independent Expert on the effects of foreign debt, UN Doc. A/HRC/37/54, 20 December 2017, para 29.

## 5.3 SPECIFIC OBSERVATIONS ON SPAIN BY HUMAN RIGHTS MONITORING BODIES

Several UN treaty and charter bodies have commented on the impact of the austerity measures on the right to health in Spain. In its 2012 report, CESCR recommended that Spain “ensure that all the austerity measures adopted reflect the minimum core content of all the Covenant rights and that it take all appropriate measures to protect that core content under any circumstances, especially for disadvantaged and marginalized individuals and groups<sup>308</sup> ... and that, in all cases, such measures are temporary and proportionate ...”<sup>309</sup> In the context of health, specifically, the Committee said that Spain must ensure that “the reforms adopted do not limit the access of persons residing in the State party to health services, regardless of their legal situation ... and that [Spain] assess the impact of any proposed cuts on the access of the most disadvantaged and marginalized individuals and groups to health services”.<sup>310</sup>

In 2015, the CEDAW Committee observed that the financial and economic crisis and the austerity measures taken by Spain “have had negative effects on women in all spheres of life” and said it was concerned that “no study or evaluation has been conducted to monitor the gender-specific effects of the crisis”.<sup>311</sup> In the context of health, specifically, it noted that the Royal Decree No. 16/2012 had a disproportionate impact on migrant women because it deprived them of free access to sexual and reproductive health services and recommended that Spain “Restore universal access to health care, including by repealing the amendment to Royal Legislative Decree No. 16/2012, with a view to ensuring health care for all women in the State party, regardless of their migration status”.<sup>312</sup>

Similarly, the 2013 report by the Commissioner for Human Rights of the Council of Europe noted the impact of the economic crisis and fiscal austerity measures on persons with disabilities in Spain. In particular, the Commissioner noted that “No impact assessment of budgetary cuts on persons with disabilities has yet been carried out” and was concerned that “the important budgetary restrictions that have been implemented in the last two years, in addition to generating increased poverty among persons with disabilities, could lead to a retrogression in the enjoyment of some of the rights recognised in the last decade”.<sup>313</sup> His recommendations included ensuring that the introduction of co-payments for accessing a range of services, including health care, does not have a disproportionate impact on the income of persons with disabilities.<sup>314</sup>

Several countries raised the impact of austerity measures in Spain’s 2015 UPR. Algeria recommended that Spain should systematically assess the impact of austerity measures on the most vulnerable social groups, especially children;<sup>315</sup> Brazil recommended that Spain take steps to ensure that the measures of austerity do not negatively impact economic, social and cultural rights, especially the rights to adequate housing, health, food and education;<sup>316</sup> Egypt recommended that any austerity measures adopted by the Government should be minimal, temporary, proportional, non-discriminatory, and take into account the needs of the poorest and most disadvantaged citizens;<sup>317</sup> and Cuba recommended that Spain resume the measures of social protection and care for the most disadvantaged affected by the international economic and financial crisis.<sup>318</sup> The government of Spain supported all these recommendations.<sup>319</sup>

<sup>308</sup> CESCR, Concluding Observations – Spain, 2012, para 8.

<sup>309</sup> CESCR, Concluding Observations – Spain, 2012, para 17.

<sup>310</sup> CESCR, Concluding Observations – Spain, 2012, para 19.

<sup>311</sup> CEDAW Committee, Concluding observations on the combined seventh and eighth periodic reports of Spain, UN Doc. CEDAW/C/ESP/CO/7-8, 29 July 2015, available here:

[http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/ESP/CO/7-8%20&Lang=En](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/ESP/CO/7-8%20&Lang=En), [hereinafter: CEDAW Committee, Concluding Observations – Spain, 2015] para 8.

<sup>312</sup> CEDAW Committee, Concluding Observations – Spain, 2015, para 30 and 31(a). Similar observations were also made by the Working Group on the issue of discrimination against women in law and in practice in 2015, see: UN Human Rights Council, Report of the Working Group on the issue of discrimination against women in law and in practice: Mission to Spain, UN Doc. A/HRC/29/40/Add.3, 17 June 2015.

<sup>313</sup> CoE, Commissioner for Human Rights Report, 2013, para 54.

<sup>314</sup> CoE, Commissioner for Human Rights Report, 2013, para 93.

<sup>315</sup> Spain UPR report, 2015, para 131.123.

<sup>316</sup> Spain UPR report, 2015, para 131.125.

<sup>317</sup> Spain UPR report, 2015, para 131.126.

<sup>318</sup> Spain UPR report, 2015, para 131.127. See also Venezuela’s recommendation, para 131.128.

<sup>319</sup> Anejo explicativo de las observaciones de España a las recomendaciones recibidas por España con ocasión del segundo ciclo del Examen Periódico Universal. (annex to document A/HRC/29/8/1), p 87, available at: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/UPR/Pages/ESIndex.aspx>

# 6. CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

The austerity measures in the SNS – including reductions in public spending on health, structural changes in the public health system to reduce costs, and modifications in the working conditions of health workers – have resulted in a deterioration of the accessibility, affordability, and quality of health care in Spain. Health workers have been impacted as well: their working hours were raised, their pay and benefits were effectively reduced, and their workload increased. Many of these changes have had a particular and disproportionate impact on people with lower incomes, and within this group, on people with chronic health conditions, people with disabilities, older persons, and people accessing mental health care. Additionally, the manner in which these measures were developed and implemented was inconsistent with criteria developed by international human rights monitoring bodies. Measures that saved costs in the SNS without unduly compromising the right to health were implemented after, and not before, the measures that have had a retrogressive impact. No human rights impact assessments were conducted before the public health budget was cut or RDL 16/2012 was enforced. The levels of participation and consultation in how the austerity measures were developed and implemented were inadequate. And many of the changes introduced to the health system, notably RDL 16/2012, were not temporary and remain in force.

The retrogressive impact of the austerity measures, combined with how they were developed and implemented, lead Amnesty International to conclude that Spain is in violation of the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health.

In light of the findings and conclusions above, Amnesty International recommends:

To the Ministry of Health, Social Services and Equality:

1. Regarding RDL 16/2012, urgently:
  - Repeal Article 3, 3 *bis* and 3 *ter* which limit the categories of people who can access health care under the SNS, and ensure that all persons, including irregular migrants, can access public health care on equal terms, free from discrimination.
  - Revise Article 8, 8 *bis*, 8 *ter*, and 8 *quarter*, and restore the structure of the common portfolio of services to before RDL 16/2012 came into force; Until this is done, ensure that the structure of any new co-payments includes adequate safeguards to ensure that particular groups – including people with disabilities, people accessing mental health care, older persons, people with chronic health conditions, and people who are on low incomes and economically vulnerable – are not disproportionately disadvantaged; and that health care is affordable to all.
  - Revise Article 85 *ter* to restore coverage to medicines “indicated in the treatment of minor symptoms”. Until this is done, consider: (i) Introducing financial safeguards or exceptions for groups who are regularly prescribed these medicines, and are disproportionately impacted by their removal; (ii) Gradually restoring coverage to the medical products that were removed from the SNS catalogue as a result of this amendment, starting with those that are important

for groups that are particularly impacted, including people with chronic health conditions and older persons.

- Revise the new structure for co-payments introduced by Article 94 *bis* to, at a minimum, ensure that the co-payment structure guarantees affordable health care for all, and does not result in undue financial burdens on economically vulnerable people, with a view to restoring the situation as it was before RDL 16/2012 came into force.
2. Urgently conduct a human rights impact assessment to assess how austerity measures have impacted the right to health in Spain, particularly the rights of groups at risk of greater impact, including people with disabilities, people accessing mental health care, people with chronic health conditions, and older persons. Make the results of this assessment public.
  3. Improve the working conditions of health workers including those that impact the accessibility and quality of healthcare. In particular, restore benefits, reduce the precariousness of health worker contracts, and ensure that adequate numbers of health workers are hired to meet the demand for health services.
  4. Urgently explore alternative options for how the budget deficit can be improved without resorting to measures that retrogressively impact the right to health.
  5. Support other policies with an impact of health and access to health care, such as those related to the social determinants of health, including by ensuring that the Dependency Law is adequately financed and fully implemented
  6. Conduct a human rights impact assessment before any future measures to improve the cost effectiveness and efficiency of the SNS are introduced, and ensure genuine consultation and participation with affected groups in how these measures are developed and implemented.

To the Ministry of Finance and Civil Service and the Ministry of Economy, Industry and Competitiveness:

1. Urgently explore alternative options for how the budget deficit can be improved by increasing revenues, for example, through effectively addressing tax evasion and tax fraud.
2. Develop mechanisms by which people can effectively participate in and contribute to discussions about budgets and public expenditure, before decisions to reduce public welfare expenditure are made in times of economic crisis.

To Regional Governments, in particular the governments of Andalucía and Galicia:

1. Prioritize increasing budgetary allocations for public health at a regional level, with a view to, at a minimum, restoring total and per capita expenditure on health to before the imposition of austerity measures, as soon as possible
2. Urgently address the deteriorations with respect to access, affordability, and quality of the right to health identified in this report, in particular:
  - Take urgent action to reduce the lengths of waiting lists and numbers of people waiting for care in the public health system
  - Ensure that any groups bearing a disproportionate financial impact of the austerity measures in the SNS are supported through targeted measures, so that health expenditure does not cause undue financial burdens.
  - Monitor and conduct an assessment of the specific impact of the economic “incentives” for health workers on quality of care;
3. Conduct a human rights impact assessment before any future measures to improve the cost effectiveness and efficiency of the regional health systems are implemented, and ensure genuine and adequate consultation and participation with affected groups in how these measures are developed and implemented.

To the Government of Spain:

1. Take steps to ensure that the Spanish Constitution recognizes and affirms the principle of indivisibility and interdependence of all human rights by giving equal status to all rights and ensuring that all economic, social and cultural rights are guaranteed akin to “fundamental rights” in Chapter II of the Constitution.
2. Ratify the European Social Charter (revised) and the 1995 Collective Complaints Protocol.

To EU institutions:

1. Ensure that recommendations and targets for fiscal consolidation made in the course of the European Semester and the EDP do not undermine states’ ability to fulfil their economic and social rights obligations.
2. Give states’ human rights obligations the same priority as is given to economic and fiscal targets while developing recommendations during the European Semester and the EDP, including by:
  - Using recent analyses of States’ compliance with economic and social rights obligations, as assessed by human rights monitoring bodies, as part of the internal analyses based on which recommendations are developed.
  - Giving social policy targets and human rights obligations greater priority in country-specific recommendations.
3. Conduct human rights impact assessments of all economic reform programs and financial assistance programmes, in line with the recommendations of the Independent Expert on the effects of foreign debt.
4. Conduct human rights impact assessments of Council and Commission recommendations under the European Semester and EDP that are specific and are likely to have an impact on human rights protections, and modify recommendations to introduce necessary safe guards and measures based on the results of these assessments.
5. Where it is difficult to conduct a human rights impact assessment of a particular recommendation because it is framed in general terms, but it is likely that it may impact human rights protections when implemented:
  - Introduce safeguards in the recommendation at the outset, asking the State to ensure that human rights are protected in its implementation, especially the rights of marginalized groups that may be at particular risk as a result of the recommendation. Amnesty International considers that recommendations asking States to reduce welfare spending or improve the “cost-effectiveness” of public welfare systems, carry this risk, and therefore should always be accompanied by safeguards.
  - Ask States to conduct human rights impact assessments before and after these recommendations are implemented, to periodically report back on the results of these assessments, and consider the results of these assessments while framing future recommendations.
6. Revise existing Impact Assessment Guidelines to ensure that all impact assessments evaluate how particular EU policies will impact human rights protections, including the ability of countries to respect, protect and fulfil the full range of their economic and social rights obligations.

**AMNESTY INTERNATIONAL  
IS A GLOBAL MOVEMENT  
FOR HUMAN RIGHTS.  
WHEN INJUSTICE HAPPENS  
TO ONE PERSON, IT  
MATTERS TO US ALL.**

## CONTACT US



[info@amnesty.org](mailto:info@amnesty.org)



+44 (0)20 7413 5500

## JOIN THE CONVERSATION



[www.facebook.com/AmnestyGlobal](http://www.facebook.com/AmnestyGlobal)



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



# WRONG PRESCRIPTION

## THE IMPACT OF AUSTERITY MEASURES ON THE RIGHT TO HEALTH IN SPAIN

The economic and financial crisis of 2008 had a severe impact in Spain, with people facing increasing levels of financial vulnerability, poverty and inequality. The government began to introduce austerity measures to urgently reduce its deficit, including cutting public spending on health. It also introduced structural changes to limit the costs of the Spanish public health system, including Royal Decree Law 16/2012, and measures that limited hiring and changed the working conditions of health workers.

This report examines how these austerity measures resulted in a deterioration of the accessibility, affordability, and quality of health care in Spain. Many of these measures have had a particular and disproportionate impact on people with lower incomes, and within this group, on people with chronic health conditions, people with disabilities, older persons, and people accessing mental health care. The retrogressive impact of the austerity measures, combined with how they were developed and implemented, lead Amnesty International to conclude that Spain is in violation of the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health.