

Call for contributions: Impact of economic reform policies on women's human rights including health

Introducción

Las medidas de austeridad que se están llevando a cabo en el Estado español desde el inicio de la crisis económica de 2010 están suponiendo un retroceso importante en los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Tanto el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales como el Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres han resaltado la clara regresión en el disfrute del derecho a la salud y de los derechos y la salud sexual y reproductiva.

Los recortes en programas de gasto orientados a brindar servicios sociales a poblaciones más vulnerables han sido severos: 43% para las personas mayores, 40% en el caso de las personas con diversidad funcional, 37% en el presupuesto orientado a promover la igualdad de género, 36% en las prestaciones por desempleo y 17% en el dirigido a apoyar a las personas dependientes en términos reales entre 2011-2016. El presupuesto del programa de acciones a favor de la población inmigrante sufrió una caída drástica del 56% entre 2011 y 2015 y los presupuestos para prevenir la violencia machista y promover la igualdad de género dentro del Ministerio de Salud han caído en 21.6% y 18%, respectivamente entre 2011 y 2016.

Estos recortes constituyen un conjunto de medidas regresivas que afectan desproporcionadamente los derechos de grupos en situación de especial vulnerabilidad, en especial mujeres y niñas.

Derogación del principio de universalidad del sistema de salud español

Esta legislación ha producido una clara regresión en el disfrute del derecho a la salud, fruto de la exclusión directa del sistema sanitario de la población inmigrante sin autorización de residencia mayor de dieciocho años. Este colectivo ha visto restringida su asistencia sanitaria a situaciones de urgencia por enfermedad grave o accidente, embarazo, parto y postparto, solicitantes de asilo internacional y víctimas de trata durante el periodo de reflexión.

Los datos emitidos por el propio Gobierno cifran en al menos 748.000 las tarjetas sanitarias retiradas tras la entrada en vigor del RDL 16/2012, lo cual muestra que estos casos constituyen únicamente la punta del iceberg.¹ Muchas de esas tarjetas retiradas lo fueron a personas que llevaban varios años viviendo en España en situación migratoria regular, pero que en el momento de entrada en vigencia del RDL 16 se encontraban sin trabajo como consecuencia de la crisis económica y con ello habían perdido su permiso de residencia.

De este modo, la regresión del derecho a la salud impuesta por el RDL 16/2012 se cebó de forma particular con los colectivos en situación de mayor vulnerabilidad. Las mujeres migrantes en situación administrativa irregular, quienes suelen tener trabajos más precarios, e incluso trabajos sin contrato, se han visto especialmente afectadas.

Gastos farmacéuticos

En el año 2011, el gasto público en farmacia era de 12.296 millones de euros. En el año 2015, éste se había reducido en 1.771 millones de euros.² Según cifras oficiales, entre 2010 y 2015 el gasto farmacéutico ha disminuido un 21,6%.³

Se han excluido medicamentos esenciales de la lista de financiación pública, al mismo tiempo que se incrementaba el precio de otros, repercutiendo de forma directa en el bolsillo de cada paciente⁴. Esto

¹ La Marea, "Sanidad ya ha retirado 748.000 tarjetas sanitarias, la mayoría a sin papeles" (12 de diciembre de 2013), disponible en: <https://www.lamarea.com/2013/12/12/sin-papeles-sanidad/>

² Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016. Estadística de Gasto Sanitario Público 2015. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>, p.5.

³ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017. Prestación Farmacéutica. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/6Prest_Farm.pdf, p. 31

⁴ Tambllyn YR et al.: Adverse Events Associated With Prescription Drug Cost-Sharing Among Poor and Elderly Persons. JAMA. 2001; 285:421-429.

ha provocado, en algunos casos, disminución del consumo de medicamentos esenciales⁵ y aumento del número de visitas a urgencias.

Si bien no hay una estadística oficial que permita medir el número de personas que no han podido acceder a medicamentos como consecuencia del copago, el Barómetro Sanitario de 2016 señala que un 4,4% de las personas encuestadas dejó de tomar algún medicamento recetado por un/a médico/a de la sanidad pública porque no se lo pudo permitir por motivos económicos (este dato trasladado a la población total del país equivale a más de 2 millones de personas).

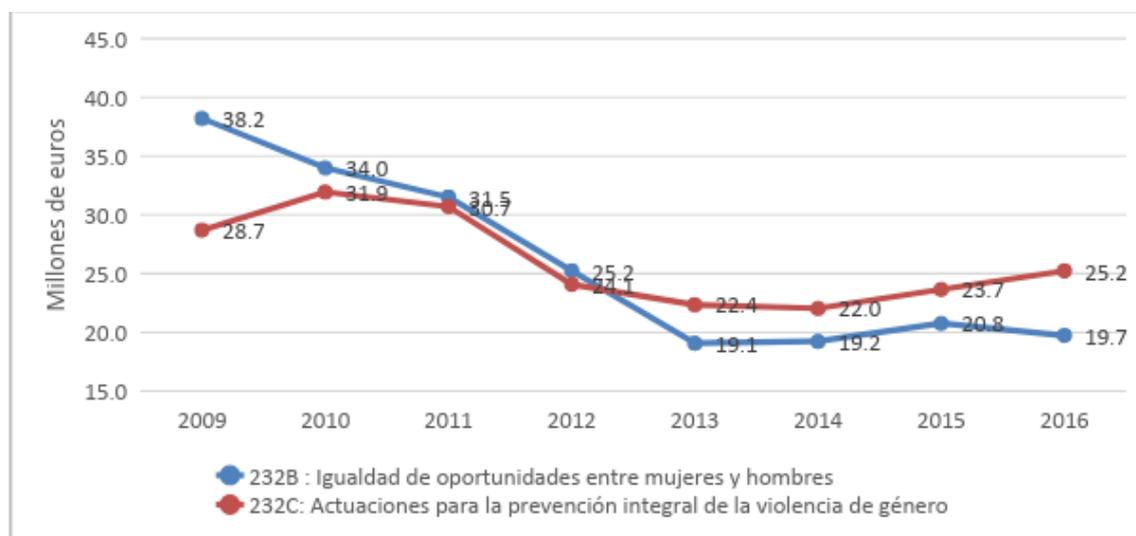
El copago farmacéutico está afectando particularmente a las mujeres mayores, que por su mayor supervivencia presentan una incidencia elevada de patologías crónicas que requieren tratamiento. Es previsible que estas pacientes tiendan a auto limitarse de forma indiscriminada el consumo no sólo de analgésicos, sino también de antihipertensivos, hipolipemiantes, y otros medicamentos que son necesarios para controlar patologías graves. Habrá que ver cuál es el efecto sobre las enfermedades tanto agudas como crónicas y sobre la mortalidad.

Asimismo, el copago farmacéutico ha afectado al disfrute de los derechos sexuales y reproductivos. Se ha reducido el número de anticonceptivos financiados por el Sistema Nacional de Salud. Desde 2013 se han retirado del sistema de reembolso nacional algunos anticonceptivos hormonales de última generación, añadiendo una carga económica a cerca de un millón de mujeres⁶. Lo cierto es que esta medida, por sí misma, no solo no controla el exceso de gasto, sino que además supone una dificultad en el acceso al tratamiento farmacéutico de las personas más vulnerables y genera desigualdad.

Regresividad en el goce de los derechos sexuales y reproductivos: Impacto en la igualdad de género

Con motivo de las medidas de austeridad adoptadas se ha reducido un 21,6% el presupuesto para la prevención de la violencia machista y un 18% el presupuesto para políticas de Igualdad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, perjudicando la protección, procesos de apoyo y acompañamiento y derechos de las víctimas de violencia de género y sexual, especialmente aquellas que pertenecen a los colectivos más vulnerables, en razón de su entorno social, drogodependencia, enfermedad, o de cualquier otra condición desventajosa

Gráfico 6. Asignaciones presupuestarias para abordar la igualdad y la violencia de género, 2009-2016. Millones de euros (precios constantes 2016)



Fuente: Fuente: Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, 2017⁷

⁵ González López-Valcárcel B et al. Effect of cost sharing on adherence to evidence based medications in patients with acute coronary syndrome. Heart 2017;103:1082–1088.

⁶ Estimaciones de la Federación de Planificación Familiar Estatal http://www.fpfe.org/wp-content/uploads/2015/09/Baro_leaflet_ES_web_v3.pdf

⁷ Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, 2017. Estadísticas 2008-2016 Prorrogado, Presupuestos Generales del Estado Consolidados. Disponibles en: <http://www.sepg.pap.minhafp.gob.es/sitios/sepg/es-ES/Presupuestos/Estadisticas/Documents/2016->

Variación real a precios constantes de 2016 usando deflactor del PIB del Banco Mundial.

El Estado ha adoptado medidas dirigidas a garantizar los derechos sexuales y reproductivos - Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género y el Protocolo Marco de Protección de las Víctimas de Trata de Seres Humanos, adoptado mediante acuerdo de 28 de octubre de 2011 – y cuenta con una Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Sin embargo, persisten serias fallas en su financiamiento e implementación.

La Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo junto al RDL 16/2012, han generado impedimentos burocráticos y temporales que han obligado a muchas mujeres a asistir a clínicas privadas para lograr la interrupción voluntaria del embarazo. Esto se debe sumar a la objeción de conciencia del personal sanitario, a la existencia de divergencias legislativas en las diversas CCAA, así como a las dificultades de establecer una atención personalizada a adolescentes y mujeres inmigrantes.

Lo cierto, es que sólo el 11,72% de las **Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE)**, se realizaron en la red sanitaria pública en el 2015, lo que significa que el 88,28 % se efectuaron en el sector privado. La ley 2/2010 ha limitado la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) para las jóvenes de entre 16 y 18 años. Desde febrero 2015, las adolescentes situadas en esta franja de edad, deberán contar con el consentimiento de sus representantes legales, padre y/o madre, personas que ostenten la patria potestad o sean tutoras para interrumpir su embarazo de forma voluntaria. España no cuenta con programas específicos de prevención de embarazos no planificados, ni sobre derechos y salud sexual y reproductiva.

Esta situación ha afectado especialmente a las mujeres en situación administrativa irregular quienes no tienen acceso a IVE y/o servicios y suministros de planificación familiar dentro del sistema público, ni se les facilita información sobre sus derechos ni existen campañas específicas⁸.

Además, las mujeres inmigrantes menores de edad también se ven privadas de la posibilidad de interrumpir voluntariamente el embarazo por los requisitos legales que inciden en la necesidad del consentimiento. Aún más vulnerable es la situación de las mujeres embarazadas en Centro de Internamiento de Personas Extranjeras (CIE), pues a estos elementos se suma el no tener posibilidad de recibir una atención médica especializada⁹.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) no ha incorporado de manera clara ni suficiente la educación para la salud sexual y reproductiva. Según el barómetro realizado en la Unión Europea sobre el acceso de las mujeres a la libre elección de anticonceptivos modernos, España suspende en educación sexual, sensibilización de la población y empoderamiento de las mujeres¹⁰.

Solo 6 CCAA han realizado campañas de sensibilización en los últimos 5 años, aunque de éstas, el 71% no dispone de sistemas de evaluación que permitan medir su impacto y, por tanto, introducir cambios y nuevas medidas que favorezcan una mayor eficacia de estas campañas. Este dato se traduce en que más de cinco millones de mujeres en edad fértil no han recibido información institucional sobre el uso de anticonceptivos en 5 años¹¹.

Salvo en Cataluña y Andalucía, que cuentan con un plan específico de formación a profesionales en materia de anticoncepción, no existe una oferta formativa continuada en anticoncepción por parte de las Administraciones sanitarias, sino que se realizan cursos puntuales de actualización en anticoncepción, cuyo impacto es menor que los programas de formación continuada.

⁸ Médicos del Mundo (coord.), 2016. Deficiencias e Inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España, pág. 37. Disponible en: <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/publicaciones/deficiencias-e-inequidad-en-los-servicios-de-salud-sexual-y>

⁹ Informe de Women's Link Worldwide (2012).

<http://www.womenslinkworldwide.org/files/14847a3c64bf041d0776d48181deef29.pdf>

¹⁰ Barómetro del acceso de las mujeres a la libre elección de anticonceptivos modernos en 16 países Europeos de la UE.

Federación de Planificación Familiar de España e IPPF: http://www.fpfe.org/wp-content/uploads/2015/09/Baro_leaflet_ES_web_v3.pdf

¹¹ Informe sobre CCAA. – FPFE: http://www.fpfe.org/wp-content/uploads/2017/02/DEF_Acceso-Anticoncepc-CC.AA_.pdf

El acceso a la **anticoncepción de urgencia** (píldora post coital) es desigual en las diferentes CCAA. Sólo algunas cuentan con protocolos. Mientras que en algunas CCAA se prescribe y dispensa en Centros del Servicio Autonómico de Salud (CSAS) de forma gratuita; en otras se prescribe mediante receta sanitaria blanca y debe comprarse posteriormente en una farmacia con un coste de 19 euros. El gobierno ha permitido el acceso a la píldora post coital sin prescripción médica y sin pasar por los servicios de salud.

España carece de una estrategia integral y de recursos suficientes para combatir la **violencia de género y sexual**. Según la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer realizada en 2015, el 10,3% de las mujeres de más de 16 años ha sufrido violencia física, 25,4% violencia psicológica de control, 21,9% violencia psicológica emocional, 8,1% violencia sexual (la mitad antes de los 15 años) y 10,8% violencia económica. El 45% acudieron a servicios de asistencia médica, psicológica, jurídica o social pero sólo un 28,6% la han denunciado y de ellas un 20,9% retiraron luego la denuncia¹².

La Ley 1/2004 pretende desarrollar un abordaje integral a las violencias de género, sin embargo, es en la práctica una ley de medidas de atención y protección contra la violencia ejercida exclusivamente en el contexto de la pareja o ex pareja. Las altas tasas de asesinatos de mujeres en manos de su pareja (o expareja) reflejan una dura realidad estatal que el Gobierno es incapaz de afrontar. La limitación de la violencia de género al ámbito doméstico, provoca la exclusión de otros ámbitos, como la violencia ejercida por cuidadores, violencia policial, violencia en espacios públicos, lugares de trabajo y escuelas, ámbitos donde las mujeres se encuentran legal y socialmente desprotegidas. En consecuencia, se carece de datos específicos de crímenes de violencia contra las mujeres en espacios no privados.

Por otro lado, al ser los servicios de atención primaria una de las principales fuentes de detección de casos de violencia de género, la exclusión sanitaria de las mujeres inmigrantes ha supuesto un retroceso en la identificación a las víctimas de la violencia de género y de trata de personas entre esta población, y en la prestación de asistencia a las víctimas de la violencia sexual.

Siendo positivo el Pacto de estado sobre Violencia de Género, la falta de aprobación de los Presupuestos Generales del Estado para 2018 podría retrasar su puesta en marcha. Resulta urgente articular los mecanismos presupuestarios que permitan hacer del Pacto una realidad operativa que prevenga y atienda la violencia de género.

Frente a la violencia sexual, hay una escasa respuesta institucional que incorpore medidas sancionadoras, así como preventivas y educativas. La falta de actuación de las distintas administraciones públicas, así como la de los Gobiernos que han ido alternando en los últimos cuarenta años, se traduce en una ausencia completa de políticas públicas en el marco del acceso y obtención de asistencia, protección, justicia y reparación en violencia sexual.

De las 17 CCAA que conforman el Estado español, sólo 9 Comunidades disponen de recursos para víctimas de violencia sexual de género, ninguno operativo las 24 horas del día¹³. En algunas de estas CCAA los servicios no están garantizados por el Estado, siendo iniciativas privadas dependientes de las subvenciones públicas¹⁴. Esta situación genera desigualdad territorial y no garantiza estándares mínimos en todo el Estado.

Igualmente, el SNS debe desarrollar un protocolo común que facilite la accesibilidad a procedimientos sanitarios adaptados a mujeres con discapacidad, tales como camillas y salas de exploración ginecológicas y mamografías.

A pesar de la existencia del Protocolo Marco de Protección de las Víctimas de Trata de Seres Humanos, el Estado ha prescindido de una legislación integrada que agrupe las diversas modalidades de trata y que proteja de forma eficaz a mujeres y niñas de estas situaciones. En consecuencia, las diversas CCAA han adoptado protocolos de atención sanitaria para la violencia de género y la violencia sexual, pero los mismos se restringen mayoritariamente a violaciones y agresiones sexuales.

¹² *Macroencuesta Violencia contra la Mujer 2015*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf

¹³ Women Against Violence Europe (2012). Country Report 2012. Reality Check on Data Collection and European Services for Women and Children Survivors of Violence. A Right to Protection and Support? Disponible en: http://www.wave-network.org/sites/default/files/02%20WAVE%20COUNTRY%20REPORT%202012_0.pdf

¹⁴ Comunidades autónomas en los que existen centros de atención para víctimas de violencia sexual de género: Andalucía, Madrid, Extremadura, Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla y León, Cataluña y Valencia.

La edad mínima para contraer matrimonio legal en España ha sido elevada a los 16 años, pero únicamente dos comunidades (Cataluña y Navarra) han comenzado a legislar al respecto. En los últimos 14 años han contraído matrimonio en España 365 menores. Aunque el número de matrimonios con un miembro menor de 18 años parezca "irrelevante", la limitación de edad constituye "un impedimento más para evitar prácticas puntuales, pero de enorme gravedad como lo son los casos de matrimonios forzados".¹⁵

Si bien es cierto que desde el año 2014 se está produciendo un tímido incremento en el presupuesto para prevención de **VIH**, este aumento es mínimo y no ha sido capaz de remontar la drástica bajada del presupuesto real del Plan Nacional sobre el Sida producido en 2012, el cual redujo dicho presupuesto en un 90%. Este hecho ha llevado a una descapitalización de las estrategias para la prevención del VIH, una disminución e incluso supresión de los programas de subvención, que ha atacado de forma directa a los colectivos de población más vulnerables y desfavorecidos: las personas usuarias de drogas, personas en situación de prostitución y personas privadas de libertad.

Entre las mujeres diagnosticadas en 2016, un 49,1% eran inmigrantes¹⁶. Sin embargo, los programas de prevención, diagnóstico y apoyo dirigidos a mujeres se han reducido dramáticamente. Es necesario destacar la ausencia de informes sobre la situación epidemiológica del VIH en mujeres desde el 2008 por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Propuestas

Es preciso abordar de forma urgente los niveles crecientes de desigualdad socioeconómica mediante un conjunto de políticas redistributivas con perspectiva de género, derechos humanos e interseccionalidad que incluyan un incremento decidido del gasto social, revertir el Real Decreto 16/2012 por tratarse de una medida regresiva y discriminatoria contraria al PIDESC y eliminar las barreras de acceso (copagos) a las prestaciones asistenciales, especialmente para aquellas personas de bajas rentas y/o enfermas crónicas.

Igualmente, debe desarrollar un marco de actuación y protección integrado e integrador que incorpore la diversidad de prestaciones relacionadas con los derechos y la salud sexual y reproductiva.

- Evitando las situaciones de inequidad que se producen entre Comunidades Autónomas.
- Trabajando desde la educación y la prevención.
- Incorporando en los servicios a toda la población.
- Supervisando que la objeción de conciencia de profesionales no sea una barrera para las mujeres.
- Ampliando la cobertura de la legislación a las violencias de género fuera del marco de la pareja o expareja.
- Asignar un presupuesto adecuado para todas las áreas relacionadas con la salud y los derechos sexuales y reproductivos.
- Financiar suficientemente los programas para enfrentar la violencia machista y promover la equidad de género.

En definitiva, el Estado debe cumplir con sus obligaciones de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud, y en particular los derechos a la salud sexual y reproductiva, en todas las Comunidades Autónomas y de todas las personas sin discriminación por razón de nacionalidad, origen, procedencia étnica estatus socio-económico.

¹⁵Carlos Martínez- Almeida, presidente de la [Plataforma de Infancia](http://www.europapress.es/sociedad/noticia-menores-16-anos-no-podran-contraer-matrimonio-espana-partir-manana-20150714171437.html), en una declaración a Europa Press: <http://www.europapress.es/sociedad/noticia-menores-16-anos-no-podran-contraer-matrimonio-espana-partir-manana-20150714171437.html>

¹⁶ Vigilancia Epidemiológica del VIH y SIDA en España (Actualización del 30 de junio de 2016): https://www.mssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIH_SIDA_2016.pdf

ESTE DOCUMENTO SE HA ELABORADO A PARTIR DEL CONTENIDO DEL INFORME CONJUNTO ELABORADO CON MOTIVO DEL EXAMEN DE ESPAÑA ANTE EL COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES DE NACIONES UNIDAS. EN EL MENCIONADO INFORME CONJUNTO HAN COLABORADO LAS SIGUIENTES ORGANIZACIONES:

Center for Economic and Social Rights (CESR) • Médicos del Mundo • Oxfam-Intermón • Observatori DESC • Asociación de Economía de la Salud (AES) • Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) • Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE) • Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) • Sociedad Española de Salud Pública (SESPAS) • Asociación de Enfermería Comunitaria • Comisiones Obreras (CCOO) • Sindicato Unión General de Trabajadores (UGT) • ARI-PERU • Asociación con la A • Asociación de Mujeres Integradoras para la Igualdad Psicosocial (AMILIPS) • Asociación Feminista Tiemar • Asociación de Investigación y Especialización sobre Temas Iberoamericanos (AIET) • Asociación de Planificación Familiar de Catalunya I Balear (APGCIB) • Asociación de Usuarios de la Sanidad de la Región de Murcia • Centro de Estudios e Investigación sobre Mujeres (CEIM) • Ciudadanía Contra la Exclusión Sanitaria (CESIDA) • Federación Mujeres Jóvenes • Forum de Política Feminista • Frente de Lucha Feminista (FLF) • Fundación Haurralde • Iniciativas de Cooperación Internacional para el Desarrollo (ICID) • Liga Internacional de las Mujeres por la Paz y la Libertad España (WILPF) • Medicusmundi • ODUSALUD • Oxfam-Intermón • PASUCAT • Red Transnacional de Mujeres/Networkwoman • Salud por Derecho • SOS Racismo • Trabajando en Positivo • Women's Link Worldwide (WLW)