



Informe Conjunto al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales



Con motivo del examen
del 6º informe periódico
de España

63º periodo de sesiones
Marzo 2018



ASOCIACIÓN



Asociación de
Usuarios de la Sanidad
de la Región de Murcia



Coordinadora estatal de VIH y sida



PRESENTADO POR:

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) • Salud por Derecho • 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 Psicossocial (AMILIPS) • Asociación Feminista Tiemar • Asociación de Investigación y Especialización sobre Temas Iberoamericanos (AIETI) • 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 • SOS Racismo • Trabajando en Positivo • Women's Link Worldwide (WLW)

(Presentado el 15 de febrero de 2018)

RESUMEN EJECUTIVO

El presente informe ha sido elaborado por un grupo de 36 organizaciones para el examen periódico de España por parte del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) en marzo de 2018. En él se analiza cómo, desde 2012, **las políticas y normas de austeridad** adoptadas al amparo de la crisis económica y bajo el pretexto de reactivar la economía, han causado una importante regresión en el reconocimiento y el goce de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) y han ampliado la brecha de desigualdad económica y social en España. Este informe se centra particularmente en la obligación del Estado español **bajo el Artículo 2 (máximo de los recursos disponibles), el Artículo 12 (el derecho a la salud, en particular de los derechos sexuales y reproductivos), y el Artículo 7 (derecho al trabajo)**. En línea con la nueva metodología para los exámenes periódicos, el informe presenta información relevante en relación con los puntos 1, 2, 9, 21, 26 del Listado de Cuestiones previas al reporte (LOIPR) que se le han formulado al Estado español. No pretende brindar un análisis exhaustivo de las políticas relativas a los DESC en España, sino ofrecer información y evidencia sólidas sobre temas que preocupan especialmente al grupo de organizaciones signatarias.

Tal como se muestra en el presente informe, pese a las recomendaciones emitidas por el Comité en 2012¹ y las resultantes de la Evaluación Periódica Universal de España en 2015 en el sentido de incorporar una perspectiva de derechos humanos en su respuesta a la crisis, **el Estado Español no solo no ha desistido en sus políticas de austeridad sino que las ha profundizado**; por ejemplo, buscando activamente ante las cortes nacionales derogar cualquier medida que las Comunidades Autónomas (CCAA) adopten para proteger el acceso a la salud de la población inmigrante en situación irregular más allá de los mínimos discriminatorios establecidos por el Real Decreto Ley 16/2012, el cual excluyó a los inmigrantes en situación irregular de la cobertura universal en salud con cargo a fondos públicos. Esta conducta del Estado ha generado una prolongada y continua afectación a los DESC de las poblaciones más vulnerables y ha ampliado las enormes brechas socioeconómicas, de género y territoriales existentes. Entre los colectivos más afectados se encuentran las y los inmigrantes en situación administrativa irregular, la niñez y las mujeres.

Este informe concluye que la desigualdad en España se ha ampliado y la respuesta estatal ante la crisis económica, y aun en el período de recuperación que inició en 2014, ha generado una prolongada y profunda afectación a los DESC. España es el país europeo en el que más ha aumentado la desigualdad en la última década. La evidencia presentada muestra que mientras que en 2016 el 10% más rico poseía un 57% de la riqueza total, más de una cuarta parte de la población se encontraba en riesgo de pobreza o exclusión social. Uno de cada tres europeos que entró en esta situación desde 2008 vive en España. En la lucha contra la pobreza infantil España ha tenido una verdadera década perdida: casi una tercera parte de la niñez, permanece en riesgo de pobreza o exclusión social.

En su último examen **en 2012, el Estado español aceptó varias recomendaciones orientadas a superar los déficits de protección de los DESC**. Un ámbito fundamental de preocupación abordado por el Comité y que afecta de manera transversal el goce de los derechos antes mencionados, es el de las **medidas de ajuste fiscal plasmado en los recortes presupuestarios**. El Comité advirtió al estado español en 2012 que los recortes realizados en los servicios públicos y el gasto social no deben generar un disfrute inequitativo o discriminatorio de los derechos económicos, sociales y culturales. La política fiscal es un determinante fundamental del incumplimiento de las obligaciones internacionales en DESC que tiene el Estado español. Éste está obligado a utilizar el máximo de los recursos de los que disponga para la garantía de los derechos sociales. Sin embargo, en los últimos años, pese a las señales de recuperación económica, los recortes al gasto social han continuado. Mientras que en la Zona Euro el gasto social per cápita aumentó 2,5% entre 2009 y 2014, en España tuvo una caída del 6%. Entre 2011 y 2016, al tiempo que el presupuesto para el pago de la deuda tuvo un incremento del 20%, las asignaciones presupuestarias para las políticas de vivienda, protección frente al desempleo, fomento al empleo, cultura y seguridad social sufrieron reducciones reales del más del 20%. Las CCAA con mayores niveles de vulnerabilidad social, son aquellas que tienen la inversión social más baja en áreas como salud o educación, lo cual conduce a mayores disparidades en el disfrute de los derechos sociales. El Estado no ha generado medidas

¹ Comité DESC (2012). Observaciones finales: España (UN. Doc. E/C.12/ESP/CO/5). Ver también: CESR, Observatori Desc, Asociación Aspacia, Aedidh, Cermi, Feafes, Coordinadora de Ong para el Desarrollo de España, Creación Positiva, Fepsh, Fundación Secretariado Gitano, Fundación Triángulo, Médicos del Mundo, Movimiento Cuarto Mundo España, Puedo, Red Activas, EAPN, Red Española Contra la Trata de Personas, Save the Children (2012). Informe Conjunto al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales con motivo del 5 examen periódico de España.

de ampliación de la base fiscal a través de impuestos progresivos ni ha combatido eficazmente la elusión y evasión fiscales, las cuales harían innecesarios los recortes, y permitirían financiar un gasto social vigoroso que contribuya a la reducción de la desigualdad y a una ampliación sostenible en el disfrute de los DESC.

En cuanto al derecho a la salud, un motivo de preocupación para el Comité era la **adopción del Real Decreto Ley 16/2012 que derogó el principio de universalidad del sistema de salud español** dejando a las personas inmigrantes en situación irregular fuera de dicho sistema. Este informe recoge evidencia ampliamente documentada por las organizaciones firmantes sobre el deterioro en el goce efectivo del derecho a la salud y otros derechos de este colectivo, así como los graves retrocesos en el marco normativo nacional causados por la reciente jurisprudencia del Tribunal Constitucional. Adicionalmente, los programas para promover los derechos de los inmigrantes sufrieron recortes del 56% entre 2011 y 2015, lo cual ha influido, sin duda, en que España tenga hoy, por ejemplo, la tasa más alta de niños y niñas inmigrantes en riesgo de pobreza y exclusión social.

El Comité manifestó también preocupación por la persistencia de desigualdades territoriales y de género, pese a los esfuerzos invertidos para combatirlas. En el último periodo esos esfuerzos se han debilitado, **en áreas esenciales de los derechos de las mujeres como el de los derechos sexuales y reproductivos. A manera de ejemplo, 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.** Por ello, este informe pone énfasis en el análisis del derecho a la salud sexual y reproductiva a la luz de la reciente Observación general 22 (2016) emitida por el Comité sobre estos derechos.

Finalmente, otra de las preocupaciones del Comité se centró en **el derecho al trabajo**, el cual continúa siendo menoscabado por políticas de austeridad ineficaces, que han entorpecido una recuperación económica sostenible y han impedido alcanzar los niveles de protección previos a la crisis de estos y otros derechos protegidos por el PIDESC. Hoy casi la mitad de la población vive en situación de precariedad salarial (con ingresos inferiores a los €1.000 por mes). La tasa de paro permanece en niveles de 16%, la segunda más alta de Europa, y todavía muy por encima de niveles previos a la crisis. El desempleo juvenil llega al 44%, casi tres veces más el de la población general. Además, siete de cada diez jóvenes tienen empleos temporales, lo cual ha significado que una generación entera tenga que posponer su desarrollo profesional o vivir en condiciones precarias, cuando no emigrar del país. Las mujeres continúan ganando un salario promedio equivalente al 76% del de los hombres y están sobre representadas en el empleo precario: ellas representan el 73.4% del empleo temporal y apenas el 40.5% de los contratos permanentes.

Las 36 organizaciones firmantes solicitan al Comité que inste al Estado Español a no adoptar medidas regresivas y que en cumplimiento de sus obligaciones bajo el PIDESC tome en cuenta los derechos humanos a la hora de diseñar, implementar y evaluar estrategias tendentes a la recuperación económica, en particular en relación con sus políticas fiscales. El Estado español debe realizar los mayores esfuerzos para dedicar el máximo de sus recursos disponibles a la implementación de programas y medidas tendentes a la protección, sin discriminación, de los grupos en situación de vulnerabilidad social y económica. El Estado debe aportar información y rendir cuentas por los impactos sobre los derechos humanos que acarrearán las medidas de austeridad, y en particular en relación con el Real Decreto Ley 16 de 2012, por tratarse de una medida discriminatoria y regresiva. En tal sentido, debe modificar las disposiciones violatorias del Pacto y adoptar legislación que restablezca la universalidad de la atención sanitaria integral con cargo a fondos públicos. La revisión por parte del Comité es una oportunidad para que España afiance sus compromisos con los derechos sexuales y reproductivos, a la luz de la Observación General No. 22, adoptada recientemente por el Comité. En tal sentido el Estado 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. Finalmente, en relación con los derechos laborales el Estado debe abstenerse de expedir cualquier legislación que signifique retroceso en el ámbito de protección en la dimensión individual y colectiva de estos derechos y promover una recuperación económica basada en la generación de trabajo decente y la protección de las rentas del trabajo, combatiendo el abuso de figuras como la subcontratación, la temporalidad y la contratación a tiempo parcial.

MARCO GENERAL

1. En España, las competencias en las áreas relativas a los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), especialmente en educación y en salud, se encuentran descentralizadas desde el Estado a las 17 CCAA—reconocidas en la Constitución Española—que son garantes fundamentales del cumplimiento de estos derechos en España. El Estado tiene la obligación de respetar, proteger y realizar los derechos humanos en el nivel local, autonómico y nacional, sin discriminación. Los derechos económicos, sociales y culturales se encuentran consagrados en la Constitución Española, pero son considerados como meros principios rectores de la política social y económica que han de informar la legislación positiva y la práctica judicial, y no como derechos fundamentales con el mismo rango que los civiles y políticos.² En materia de litigio, la justiciabilidad de los DESC se viene invocando por conexión con otros derechos que cuentan con mayores garantías y recursos judiciales disponibles (como el principio de igualdad y la prohibición de discriminación).³ Ya en 2012, el Comité había señalado su preocupación por este hecho y porque las disposiciones del Pacto hayan sido invocadas y aplicadas pocas veces ante los tribunales. En tal sentido el Comité instó al Estado a “adoptar las medidas legislativas pertinentes para garantizar a los DESC un nivel de protección análogo al que se aplica a los derechos civiles y políticos”, así como “tomar las medidas adecuadas para asegurar la plena justiciabilidad y aplicabilidad de todas las disposiciones del Pacto por los tribunales nacionales”.⁴
2. La efectiva justiciabilidad de los DESC en España se enfrenta con diversos obstáculos:⁵ las medidas legislativas que afectan los derechos sociales no pueden ser objeto de impugnación a título individual por razones de constitucionalidad (como si ocurre con los denominados “derechos fundamentales” contenidos en los artículos 14-30 de la Constitución).⁶ No existe un mecanismo judicial para desafiar la inacción del legislador en relación con los derechos sociales; la normativa estatal y autonómica no precisa, en líneas generales, el contenido de los derechos ni especifica quién ha de responder en este ámbito; la introducción de criterios excluyentes no justificados en la normativa de desarrollo de los DESC, o la imposición arbitraria de requisitos o condiciones para el ejercicio de estos derechos por parte de las autoridades administrativas y/o judiciales también dan lugar a una limitación en el disfrute de estos derechos y a la posibilidad de ser reclamados ante la justicia.⁷ Además, muchas personas en situación de vulnerabilidad por su pertenencia a grupos sociales desfavorecidos o discriminados, tales como los inmigrantes en situación administrativa irregular,⁸ también se encuentran con dificultades añadidas para reclamar el cumplimiento de los DESC o sufren discriminación en el disfrute de estos derechos.
3. Desde 2012, lejos de avanzar en las recomendaciones planteadas por el Comité, se han presentado serios retrocesos normativos y jurisprudenciales en relación con la protección de los DESC. En efecto, tras la reforma al artículo 135 de la Constitución que introdujo el principio de estabilidad presupuestaria en 2011, el Estado ha invocado este principio en diversas áreas para adoptar medidas regresivas frente a los derechos sociales o restringir las facultades de las CCAA para garantizarlos.⁹ En varias oportunidades lo ha hecho a través de la figura del Real Decreto Ley, que permite al Gobierno la aprobación de disposiciones de forma abreviada y con un mínimo de deliberación, sujetas a la posterior aprobación del Parlamento, so pretexto de enfrentar una situación de ‘extraordinaria y urgente necesidad’ (art. 86. C.E). El uso recurrente de esta figura para aprobar reformas estructurales regresivas terminó por convertirla en la regla en vez de la excepción, con una sistemática falta de motivación explícita y razonada avalada por criterios permisivos por parte del Tribunal Constitucional.¹⁰

²Se exceptúa el derecho a la educación, que viene recogido junto con los derechos civiles y políticos en el apartado correspondiente a los derechos fundamentales y las libertades públicas.

³ Amnistía Internacional. “Derechos a la intemperie: Obstáculos para hacer valer los derechos económicos, sociales y culturales en España”. 27 de abril de 2011. Disponible en: http://www.es.amnesty.org/uploads/media/Informe_Derechos_a_la_intemperie_DESC_en_Espana_.pdf

⁴ Comité DESC (2012). Observaciones finales: España (UN. Doc. E/C.12/ESP/CO/5)

⁵ Amnistía Internacional. “Derechos a la intemperie: Obstáculos para hacer valer los derechos económicos, sociales y culturales en España”, p. 53

⁶ Utrilla, D (2018). “Spain” en Civitarese, S; Haliday, S (2018). Social Rights in Europe in an age of austerity. Routledge: New York, p. 111.

⁷ Ídem, p. 8

⁸ Para un completo análisis de las barreras legales de acceso a la justicia que enfrentan los inmigrantes en situación irregular en España ver Ortiz, Loretta. Derecho de Acceso a la Justicia de los Inmigrantes. Cap. 8, <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/6/2969/8.pdf>, pág. 204.

⁹ Utrilla, D (2018). “Spain” en Civitarese, S; Haliday, S (2018). Social Rights in Europe in an age of austerity. Routledge: New York, pp. 98-121.

¹⁰ Ver Majado, P (2016). “El presupuesto habilitante del decreto-ley ante la crisis económica.” Revista de derecho constitucional europeo 25 (2016): 3; Carmona, A (2017).

Diritto e questioni pubbliche, Palermo. XVII, 2017 / 2 (diciembre) | pp. 107-138

Recomendaciones

1. Instar al Estado parte a que, en virtud del principio de indivisibilidad, universalidad e interdependencia de los derechos humanos, adopte las medidas legislativas pertinentes para garantizar a los derechos económicos, sociales y culturales un nivel de protección análogo al que se aplica a los derechos civiles y políticos —y reconsiderar su estatus como meros principios rectores de la política social. Asimismo, que tome las medidas adecuadas para asegurar la plena justiciabilidad y aplicabilidad de todas las disposiciones del Pacto por los tribunales nacionales.
2. El Estado debe ratificar la Carta Social Europea Revisada de 1996 junto al Protocolo que permite la presentación de reclamaciones colectivas, ya que constituyen los principales instrumentos de protección de derechos sociales de ámbito europeo.
3. El Estado debe adoptar las medidas necesarias para garantizar que las personas puedan exigir y hacer valer sus derechos económicos, sociales y culturales, sin discriminación, ante la administración y los tribunales en todo el territorio del Estado, asegurando su acceso efectivo a la justicia y la disponibilidad de los recursos legal pertinentes.

ARTÍCULO **Máximo uso de los recursos disponibles**

2

4. La austeridad ha generado deterioro de los DESC, ampliación de las desigualdades y aumento de la pobreza.¹¹ Si bien las políticas de austeridad fiscal como respuesta a la crisis económica se iniciaron en 2010, éstas se agudizaron a partir de 2012, lo cual se ve reflejado en sendos recortes al gasto social y en una agresiva agenda legislativa y judicial dirigida a instalar como permanentes las medidas de austeridad llevadas a cabo por gobierno español para combatir la crisis económica. El gasto social en España equivale apenas al 72% del promedio de la Unión Europea; pese a ello, mientras que en el promedio de la Unión Europea el gasto social per cápita tuvo un aumento real del 2,5% entre 2009 y 2014, en España sufrió un recorte del 6%.¹²

5. España es el país europeo en el que más ha aumentado la desigualdad en la última década.¹³ El propio Fondo Monetario Internacional (FMI), uno de los principales impulsores de las políticas de austeridad en España, ha reconocido que estas políticas han incrementado la desigualdad en la mayoría de los países en que se han aplicado.¹⁴ En un estudio sobre el impacto de los programas de consolidación fiscal en varios países, el FMI reconoce que España fue el país en que el que más incrementó la desigualdad tanto en el ingreso de mercado como en el ingreso disponible (es decir, después de ingresos y transferencias) por efecto de estos programas.¹⁵ España es hoy en día el tercer país más desigual de Europa, superado solo por Rumania y Bulgaria. Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), la desigualdad económica, medida a través de diversos indicadores, ha aumentado a niveles sin precedentes, incluso comparado con otros países europeos duramente golpeados por la crisis.

¹¹ El presente apartado responde a la pregunta 1 de la Lista de Cuestiones planteada para la revisión de España: "Sirvanse explicar el grado en que las medidas de austeridad adoptadas por el Estado parte en el contexto de la crisis económica y financiera han tenido en cuenta los requisitos especificados en la carta de fecha 16 de mayo de 2012 del Presidente del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales dirigida a los Estados partes, incluida la necesidad de mitigar los efectos de las medidas de austeridad en el disfrute por todos de los derechos económicos, sociales y culturales, en particular las personas y los grupos desfavorecidos y marginados, como los pobres, las personas con discapacidad, las minorías étnicas, los migrantes, los solicitantes de asilo y los refugiados".

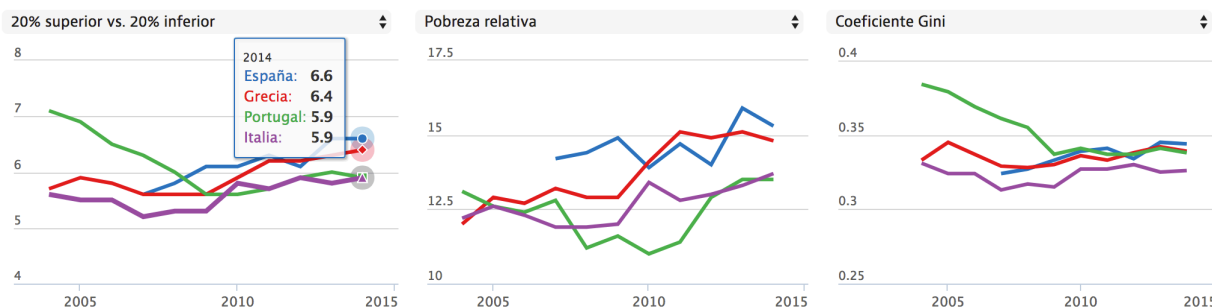
¹² Eurostat, 2017. Estadísticas de Protección Social. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/b/b6/Social_protection_statistics_-_main_indicators_2017.xlsx (spr_exp_sum)

¹³ Oxfam Intermón, 2018. ¿Realidad o ficción? La recuperación económica, en manos de una minoría, p.3.

¹⁴ Fabrizio, S; Flamini, V. 'Fiscal Consolidation and Income Inequality'. En International Monetary Fund, 2015. *Inequality and Fiscal Policy*, pp. 159-176.

¹⁵ Fondo Monetario Internacional, *Fiscal Policy and Income Inequality*, 2014. IMF Policy Paper, disponible en: <https://www.imf.org/external/np/pp/eng/2014/012314.pdf>, p. 45

Gráfico 1. Desigualdad económica y pobreza relativa en España, Grecia, Italia y Portugal. 2004-2015.



6. **La desigualdad económica y la brecha de ingresos se ha incrementado significativamente en los últimos años.** En 2016, el 10% más rico concentraba una cuarta parte del ingreso total¹⁶. Como lo ha documentado OXFAM Intermón, desde la recuperación económica en 2013, 29 de cada 100 euros provenientes del crecimiento han ido a parar al 10% de los ciudadanos con las rentas más altas, mientras que solo ocho de cada 100 euros han quedado en manos del 10% más pobre¹⁷. La relación entre los ingresos del 20% más rico y el 20% más pobre incrementó de 5.5 a 6.5 veces entre el inicio de la crisis y el 2016. Las brechas de ingresos en España se han ampliado mucho más rápido que en el promedio de la Unión Europea y en otros países de nivel de desarrollo similar a partir de 2012.
7. **La ampliación de la desigualdad no solo ha generado privaciones agudas sino un debilitamiento de la clase media.** En 2016, 40.3% de la población no podía costearse una semana de vacaciones al año fuera de su lugar de residencia, 38,7% no estaba en capacidad de asumir gastos inesperados, 17% no podía reunirse con familiares o amistades para cenar por razones económicas, 13% de la población no podía gastar una mínima cantidad de dinero en sí mismos, el 10,2% enfrentaba sobrecargas para costearse la vivienda (más del 40% de su ingreso disponible) y el 10,1% no podía mantener su hogar a temperaturas cálidas.¹⁸
8. **La concentración de la riqueza privada es enorme.** En 2013 el 10% de población más rico (con 813.000 euros de media por adulto) acaparaba el 57% de la riqueza; mientras que el 50% más pobre poseía el 7% (con 18.900 euros por persona, es decir 43 veces menos).¹⁹ Se estima que la fortuna de tan sólo 3 personas equivale a la riqueza del 30% más pobre del país, es decir, de 14,2 millones de personas. Estas 3 personas aumentaron en 3% su riqueza entre 2015 y 2016, mientras que la del 30% más pobre cayó en una tercera parte.²⁰ Cuando se tienen en cuenta los activos en paraísos fiscales, el 1% más rico pasa de concentrar el 21% al 24% de la riqueza total.²¹ La riqueza privada como proporción del PIB incrementó de forma más acelerada que en el resto de los países ricos durante diez años como preludio a la crisis. A partir de la crisis económica, tanto la riqueza privada como la riqueza pública han caído drásticamente como proporción del PIB, pero esta última está muy cerca de alcanzar niveles negativos (es decir, los activos públicos apenas superan los niveles de deuda).²²
9. **Mientras tanto, en 2016, casi 13 millones de habitantes, el 28% de la población, se encontraba en riesgo de caer en la pobreza o en la exclusión social.** Antes de la crisis, en cambio, solo lo estaba el 23%. Esto equivale a un incremento de más de 2 millones de personas, lo que significa que, **una de cada tres personas que entraron en riesgo de pobreza o exclusión social en la Unión Europea desde 2008 vive en España, pese a que el país representa una décima parte de la población de la Unión.** En 2016, alrededor de 2,6 millones de personas enfrentaban privaciones materiales severas.²³

¹⁶ World Income Database, 2017. Disponible en: <http://wid.world/>

¹⁷ Oxfam Intermón, 2018. ¿Realidad o ficción? La recuperación económica, en manos de una minoría, p.3.

¹⁸ Eurostat, 2018. Módulo de privaciones materiales

¹⁹ Martínez-Toledano, 2017. "Housing bubbles, offshore assets and wealth inequality in Spain (1984-2013)".

²⁰ Oxfam Intermón, 2017. España, un crecimiento económico que deja fuera a las personas vulnerables

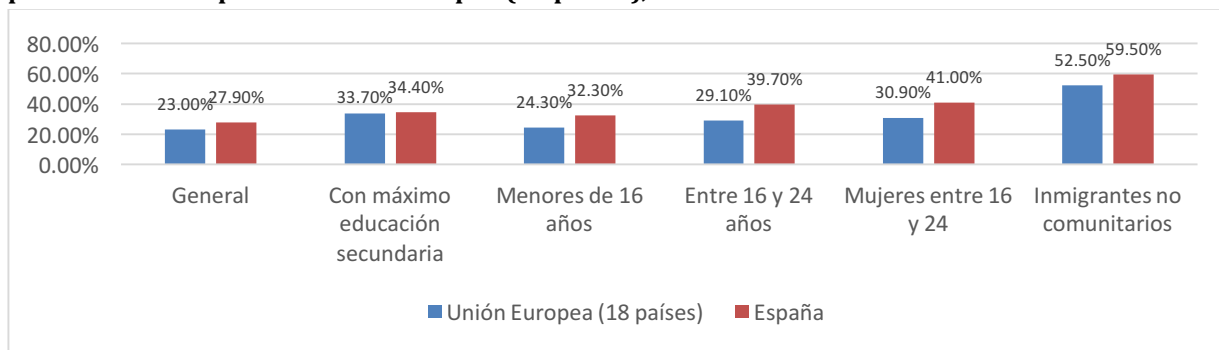
²¹ Martínez-Toledano, 2017. "Housing bubbles, offshore assets and wealth inequality in Spain (1984-2013)". Figura A26.

²² World Inequality Report, 2018, p. 170.

²³ Eurostat, 2017. Privaciones materiales severas por sexo y edad (ilc_mddd11)

Estas tendencias van en contradicción con los compromisos adquiridos en el marco de la Estrategia Europa 2020. Grupos poblacionales como los jóvenes – y en particular las mujeres jóvenes -- las personas con menor nivel educativo y la población inmigrante no comunitaria enfrentan los mayores riesgos de pobreza o exclusión social.

Grafico 2. Porcentaje de personas en riesgo de pobreza o exclusión social por género, edad y grupos poblacionales. España vs Unión Europea (18 países), 2016.



Fuente: Eurostat, 2017

- España tiene la quinta tasa de pobreza infantil más alta de la Unión Europea.** En 2014 casi 2,7 millones de niños y niñas se encontraban en riesgo de pobreza o exclusión social, unos 800.000 más que en 2008,²⁴ lo cual es equivalente a perder 10 años de progreso en la lucha contra la pobreza infantil.²⁵ España tiene la quinta tasa de pobreza infantil más alta de la UE, después de Rumania, Bulgaria, Grecia y Hungría²⁶. El aumento de la tasa de pobreza infantil fue mayor en un 6% para los niños y niñas de hogares de emigrantes que para los otros niños y niñas.²⁷ En 2016, el 57.5% de los menores de origen migrante estaban por debajo de la línea de pobreza (la tasa más alta de toda la Unión Europea), mientras que para el caso de los menores españoles lo estaba el 24,5%²⁸. La proporción de menores en España que enfrenta privación material grave casi se ha duplicado desde 2007. UNICEF estima que 2,3 millones de niños y niñas (una cuarta parte del total), están en riesgo de desnutrición. Incluso los cortos periodos de pobreza y desnutrición en los años críticos del desarrollo de un menor pueden tener consecuencias de por vida en todo el espectro de sus derechos humanos.²⁹
- El deterioro del goce de los DESC en España se evidencia en la caída de sus indicadores sociales.** España ha pasado de tener indicadores sociales similares a los de los países más ricos de la Unión Europea antes de la crisis a tener unos por debajo incluso de los países europeos de menores niveles de ingresos. Un informe reciente de la Comisión Europea analiza el desempeño de los Estados de acuerdo con el Pilar Europeo de Derechos Sociales, un instrumento adoptado en noviembre de 2017 para evaluar la convergencia de los Estados hacia mejores condiciones de vida con base en 14 indicadores clave. España presenta situaciones críticas o desafíos en ocho de estos indicadores. En materia de desigualdad de ingresos y abandono escolar y de la formación, España presenta desempeños críticos. En indicadores relacionados con riesgo de pobreza o exclusión social, jóvenes que ni estudian ni trabajan, eficacia del gasto social en la reducción de la pobreza, crecimiento del ingreso per cápita y desempleo, el país se encuentra en observación, esto es, o bien por debajo del promedio de la Unión Europea y sin progresos suficientes o bien al nivel de la media europea, pero en franco deterioro.³⁰

Gráfico 3. Desempeño de España en comparación con la Unión Europea en indicadores del Pilar Europeo de Derechos Sociales, 2016.

²⁴ UNICEF, 2014. 'Los Niños de la Recesión: El Impacto de la Crisis Económica en el Bienestar Infantil en los Países Ricos'

²⁵ UNICEF, 2014. 'Changes in Child Poverty in the OECD/EU During the Great Recession: An Initial View'.

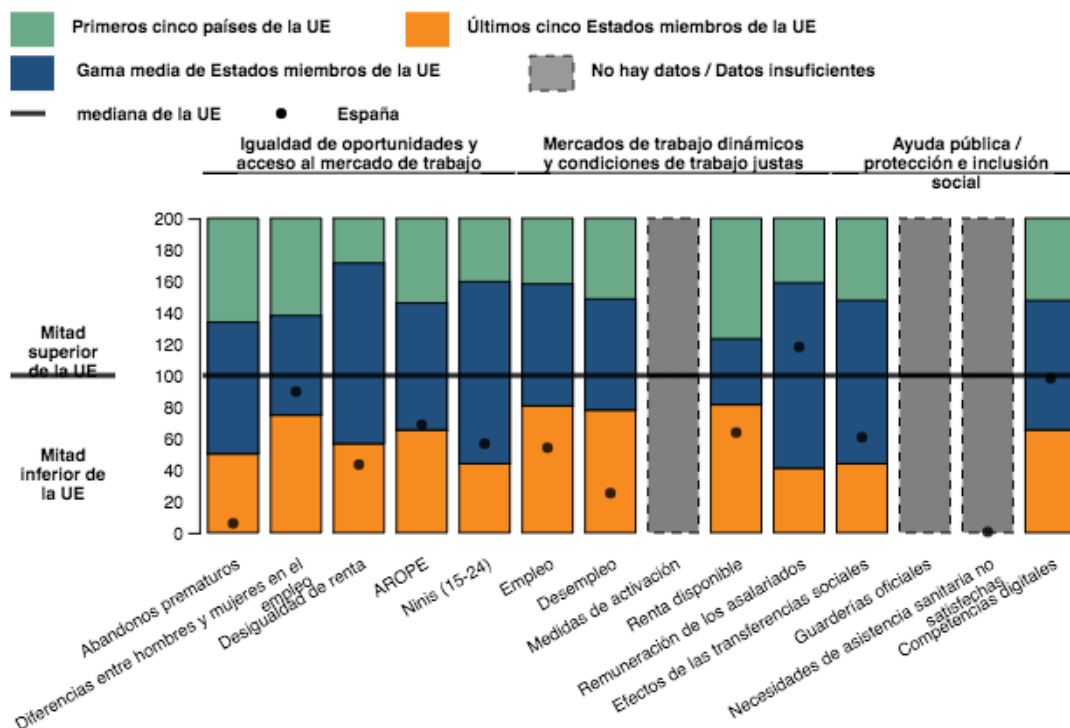
²⁶ Eurostat, 2017. 'People less than 18 years at risk of poverty or social exclusion by age and sex (ilc_peps01)'

²⁷ UNICEF, 2012. 'Measuring Child Poverty: New League Tables of Child Poverty in the World's Rich Countries, Report Card No. 10.'

²⁸ Eurostat, 2017b. 'Children at risk of poverty rate, by country of birth of their parents (ilc_li34)'

²⁹ UNICEF, 2014. 'Los Niños de la Recesión: El Impacto de la Crisis Económica en el Bienestar Infantil en los Países Ricos'

³⁰ Comisión Europea, 2017. 'Draft Joint Employment Report 2018, Text proposed by the European Commission on 22 November 2017 for adoption by the EPSCO Council, disponible en: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=18624&langId=en>



Fuente: Comisión Europea, 2017³¹

12. **La desigualdad también se manifiesta entre comunidades autónomas.** En un informe reciente sobre inequidades regionales, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) clasificó a las CCAA con los mejores y los peores desempeños en una serie de indicadores en distintas dimensiones de calidad de vida entre más de 395 regiones de los países miembros de la OCDE³². El informe muestra enormes disparidades regionales: mientras algunas CCAA están entre el 20% de mayor desempeño de toda la OECD en varios indicadores (Cantabria, La Rioja, Madrid País Vasco), otras se ubican en el 20% de peor desempeño (La Rioja, Melilla, Extremadura y Ceuta). En las dimensiones de empleo y educación, sin embargo, aunque las disparidades son menores entre CCAA, todas ellas tienen desempeños por debajo del promedio de la OCDE (incluso las de mayores ingresos)³³.
13. **Los recortes presupuestales producto de las políticas de austeridad han sido mayores en las áreas que más impactan los derechos sociales, con excepción de las pensiones³⁴.** Entre 2011 y 2016, las asignaciones presupuestarias para las políticas de vivienda, protección frente al desempleo, promoción del empleo, cultura y seguridad social han sufrido las mayores reducciones en términos reales. Según el Consejo Económico y Social, “el ya de por sí escaso gasto por habitante en vivienda social ha disminuido prácticamente a la mitad durante los años de crisis, mientras el gasto en familia e hijos por habitante, que fue uno de los primeros en verse reducidos en los primeros años de crisis, se mantiene también en niveles bajos, suponiendo algo menos de la mitad del gasto por habitante en la media de la Unión Europea, a pesar del elevado riesgo de pobreza de hogares con niños en España”³⁵. En educación, por ejemplo, el gasto público anual por alumno destinado al conjunto de las instituciones educativas,

³¹ Comisión Europea, Social Scoreboard Statistics, Disponible en: <https://composite-indicators.jrc.ec.europa.eu/social-scoreboard/#>

³² Para una detallada explicación de cada indicador y del Índice de Bienestar Regional de la OCDE ver: <http://www.oecd.org/regional/regional-policy/website-topics-indicators-overview.pdf>

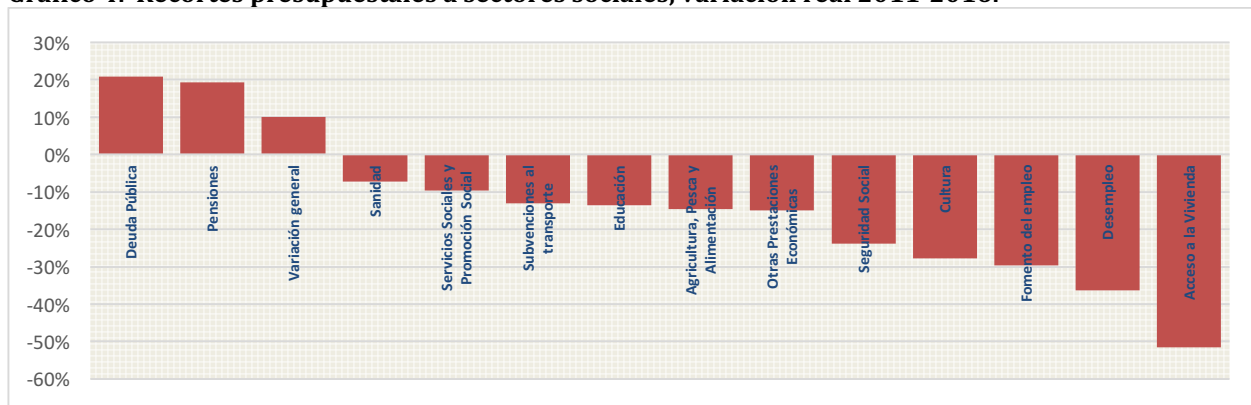
³³ OECD, 2016. Regional Well-being in OECD countries: Spain. <http://www.oecd.org/cfe/regional-policy/how-life-country-facts-spain.pdf>

³⁴ Los párrafos a continuación responden a la pregunta 9 de la Lista de Cuestiones: “Sírvanse proporcionar información correspondiente a los cinco últimos años (2012-2016) sobre el presupuesto consolidado en relación con los sectores sociales, en particular en lo que se refiere al empleo, la seguridad social, la vivienda, la salud y la educación, indicando el porcentaje de cada partida presupuestaria con respecto al presupuesto total nacional y al producto interno bruto, así como su asignación geográfica. Sírvanse también proporcionar información sobre la manera en que las políticas fiscales y tributarias, incluidas las recientes reformas, han contribuido a aumentar la disponibilidad de recursos para hacer efectivos los derechos económicos, sociales y culturales”.

³⁵ Consejo Económico y Social, 2017, Memoria sobre la Situación Socioeconómica y Laboral, España 2016, http://www.ces.es/documents/10180/4959569/Memoria_Socioeconomica_CES2016.pdf, p. 602.

públicas y privadas, en España en 2013 fue inferior (7.204 euros) al promedio de la UE22 (8.767 euros).³⁶

Gráfico 4. Recortes presupuestales a sectores sociales, variación real 2011-2016.



Fuente: Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, 2017³⁷

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

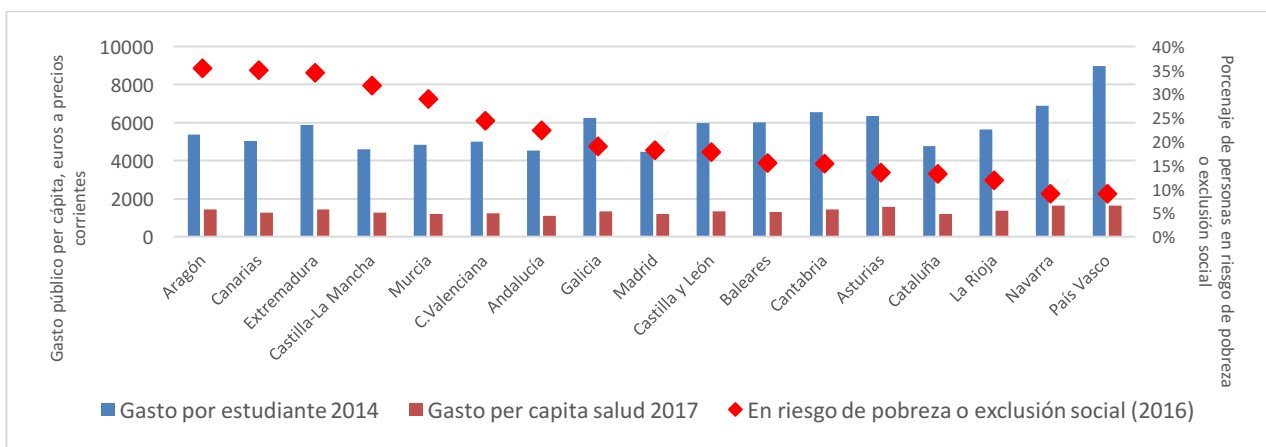
- Los recortes en programas de gasto orientados a brindar servicios sociales a poblaciones en situaciones de desventaja han sido todavía más severos.** Estos recortes han sido del orden del 43% para las personas mayores, 40% en el caso de las personas con discapacidad 37% en el presupuesto orientado 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. Estos recortes constituyen un conjunto de medidas regresivas que afectan desproporcionadamente los derechos de grupos desaventajados y sobre las cuales el Estado Parte no ha brindado una explicación satisfactoria, lo cual resulta contrario a las obligaciones del PIDESC. Estas medidas ameritan el examen más detallado posible por parte del Comité.
- Los recortes suponen un acceso desigual de la población a los servicios sociales públicos dependiendo de la comunidad autónoma de residencia.** Bajo el marco de la descentralización, las CCAA realizan la prestación de muchos servicios básicos en materia social que tiene implicaciones a nivel presupuestario. El gobierno ha aplicado fuertes medidas de control sobre los presupuestos autonómicos para regular su gasto. Cada una de las 17 CCAA posee un balance fiscal distinto y han implementado distintas estrategias para ajustar sus gastos y reducir su déficit. Esto ha provocado disparidades entre las CCAA en cuanto a la calidad y el acceso a bienes y servicios sociales públicos, lo cual podría dar lugar a desigualdades entre personas en el disfrute de los DESC que dependen únicamente en el lugar del territorio español en el que residan. Las CCAA en las que un mayor porcentaje de personas están en riesgo de pobreza o exclusión social suelen ser también aquellas con menores inversiones sociales per cápita, lo cual impide que progresen más rápido en la reducción de la pobreza y el cierre de brechas en otros derechos sociales.

Gráfico 5. Gasto público per cápita en educación, salud y personas en riesgo de pobreza o exclusión social (AROPE) por comunidades autónomas, años más recientes disponibles.

³⁶ Consejo Económico y Social, 2017, Memoria Socioeconómica 2016, p. 497.

³⁷ 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-P/01%20Presupuestos%20Generales%20del%20Estado%20Consolidados.pdf>



Fuente: Ministerio de Educación³⁸, Instituto Nacional de Estadística³⁹ y FADSP⁴⁰

16. Por ejemplo, en materia de educación, las CCAA con mayor población en riesgo de pobreza o exclusión social (ubicadas generalmente en el sur del país) tienen niveles de gasto por estudiante significativamente inferiores que aquellas con menores niveles de vulnerabilidad (generalmente ubicadas en el Norte). Esta brecha entre un norte con mayor nivel socioeconómico que gasta más en educación, y un sur con condiciones socioeconómicas más desfavorables, que además invierte menos en educación, se ve reflejada en resultados muy dispares en las pruebas de calidad educativa PISA que realiza la OCDE: Navarra, por ejemplo, tiene un gasto en educación por estudiante 36% mayor y puntajes promedio más altos de 12%, 7% y 6% en matemáticas, ciencia y comprensión lectora que Canarias⁴¹.

17. **El Estado no está movilizando suficientes recursos para garantizar los DESC.** El alto nivel de desigualdad en España con respecto a otros países europeos está ligado a la proporción relativamente baja de sus ingresos públicos en relación con el PIB. España tiene la segunda presión fiscal más baja de la Zona Euro, superando solo a Irlanda y 3 puntos del PIB por debajo de los niveles previos a la crisis⁴²s. En 2016, el porcentaje de impuestos como porcentaje del PIB disminuyó levemente de 33,8% a 33,5%, situándose en niveles inferiores al promedio de la OCDE (34,3%).

18. **La política fiscal en España es injusta debido a los considerables sesgos que afectan a su progresividad.** Del lado del gasto, el 20,4% de las transferencias públicas terminan beneficiando al 10% más rico de la población, mientras que el 10% más pobre sólo recibe el 4%⁴³. Aunque el gasto público en España tiene un impacto mayor que el sistema tributario en la reducción de la pobreza y la desigualdad, su impacto es menor que en el promedio de la Unión Europea⁴⁴, debido a que el gasto público social es inferior, tanto en términos absolutos como relativos y en distintas áreas. España invierte el 25% de PIB en gasto público social, en comparación con un 29% en la Unión Europea. En términos per cápita, el gasto social en España equivale apenas al 72% y al 63% del de los 28 países de la Unión Europea y los 19 del área Euro, respectivamente.

19. **La tributación contribuye muy poco a la reducción de la desigualdad e impone cargas desproporcionadas a los más pobres.** Del lado de la tributación, los impuestos a la renta personal y

³⁸ Ministerio de Educación, 2017. Sistema Estatal de indicadores de la educación. Edición 2017, <http://www.meecd.gob.es/dctm/inee/indicadores/2017/2017-seie-final-21-julio-2017.pdf?documentId=0901e72b8260b0e1>, p. 57

³⁹ Encuesta de Condiciones de Vida. Resultados por comunidades autónomas. <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=10011>

⁴⁰ Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) "Los presupuestos sanitarios de las CCAA para 2018", disponible en: <http://www.fadsp.org/index.php/sample-sites/notas-de-prensa/1587-los-presupuestos-sanitarios-de-las-ccaa-para-2018><http://www.fadsp.org/index.php/sample-sites/notas-de-prensa/1587-los-presupuestos-sanitarios-de-las-ccaa-para-2018>

⁴¹ Resultados pruebas PISA por comunidad autónoma tomados de El País (2015). '¿Qué comunidades sacan mejor nota en PISA?' https://politica.elpais.com/politica/2016/12/02/actualidad/1480709130_114964.html

⁴² Eurostat, 2017. Main national account tax aggregates (gov_10a_taxag)

⁴³ Estudios Económicos de la OCDE: España. Marzo 2017. Visión general. Disponible en <https://www.oecd.org/eco/surveys/Spain-2017-OECD-economic-survey-overview-spanish.pdf>

⁴⁴ <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/graph.do?tab=graph&plugin=1&pcode=tespm050&language=en&toolbox=data>

empresarial –los de mayor potencial redistributivo- aportan un porcentaje de ingresos menor (21%) al promedio de la OCDE (24%)⁴⁵. El IVA y las contribuciones a la seguridad social sumados representan una mayor proporción del recaudo total en España (64%) que en el promedio de la OCDE (58%)⁴⁶. Estos impuestos tienen un impacto negativo sobre la desigualdad. El IVA, por ejemplo, representa una carga de 16% del ingreso bruto entre los hogares ubicados en el 20% más pobre; mientras que para el 1% más rico representa una carga de apenas el 4,2% de sus ingresos⁴⁷. Pese a ello, la recaudación del IVA ha venido aumentando, mientras que el del Impuesto de Renta a las Personas Físicas (IPRF), que es el instrumento redistributivo por excelencia, ha disminuido desde el comienzo de la crisis⁴⁸. Es así como la contribución del sistema tributario español a la reducción de la desigualdad es prácticamente nula. De acuerdo con la información reportada por la autoridad tributaria, la distribución de ingresos entre tramos de la población cambia muy poco después del cobro de impuestos. De hecho, las personas más pobres enfrentan cargas tributarias desproporcionadas que empeoran su situación⁴⁹.

20. **Existen alternativas a la austeridad en España.** Como ha establecido el Relator Especial de la ONU sobre Pobreza Extrema y Derechos Humanos,⁵⁰ UNICEF⁵¹ y otros, existen varias opciones para expandir el espacio fiscal de forma equitativa y no-discriminatoria. En lugar de implementar recortes de austeridad que implican regresión en los DESC, el Estado español podría hacer un mayor esfuerzo para generar recursos a través de una tributación progresiva y no discriminatoria. Por ejemplo, llama la atención que durante el período considerado, al tiempo que el Estado implementaba recortes al gasto social y otras medidas regresivas, también adoptaba otras como el Real Decreto-ley 12/2012 del 30 de marzo, por el que se introdujo una amnistía fiscal sin precedentes que el Tribunal Constitucional anuló por considerar que con su aprobación se había afectado “la esencia del deber de contribuir al sostenimiento de los gastos públicos que enuncia el art. 31.1 CE, alterando sustancialmente el modo de reparto de la carga tributaria que debe levantar la generalidad de los contribuyentes en nuestro sistema tributario según los criterios de capacidad económica, igualdad y progresividad”.⁵²

21. La experiencia de países vecinos afectados por la crisis como Portugal que de manera oportuna abandonaron las políticas nocivas de austeridad,⁵³ muestra que España tiene a su alcance posibilidades de reducir el déficit sin sacrificar el gasto en derechos sociales. Si España incrementara sus niveles de recaudación al promedio de la Unión Europea, podría generar unos €93.000 millones anuales, lo que cubriría dos veces el déficit fiscal.⁵⁴ En relación con el combate a la evasión tributaria, el Sindicato de Técnicos del Ministerio de Hacienda (GHESTA), ha señalado que solo el 8,4% del fraude fiscal estimado fue detectado por la autoridad tributaria en el período 2012-2015, y que España podría recaudar hasta €40.000 millones en caso de implementar un plan contra la evasión en el mediano plazo.⁵⁵ Pese a ello, el Plan de Control Tributario 2018 no contempla cambios significativos en los recursos asignados a la autoridad tributaria, ni tampoco medidas para revertir el déficit de más de 26 mil trabajadores que tiene su autoridad tributaria para alcanzar la razón promedio de funcionarios por número de contribuyentes en la Unión Europea.⁵⁶ Otra posibilidad descansa en la revisión de las exenciones fiscales a grandes

⁴⁵ OECD Revenue Statistics 2017. <https://www.oecd.org/tax/revenue-statistics-spain.pdf>

⁴⁶ OECD Revenue Statistics 2017. <https://www.oecd.org/tax/revenue-statistics-spain.pdf>

⁴⁷ López Laborda, J., Marín González, C. y Onrubia J. (2017), “Observatorio sobre el reparto de los impuestos entre los hogares españoles”. Febrero de 2017: Segundo Informe. EEE 2017-06. FEDEA. Disponible en: <http://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2017-06.pdf>

⁴⁸ Oxfam Intermon, 2017. España, un crecimiento económico que deja fuera a las personas vulnerables, p. 23.

⁴⁹ FEDEA. Observatorio sobre el reparto de los impuestos entre los hogares españoles. Segundo informe, Febrero 2017, p. 20.

⁵⁰ United Nations. *Report of the Independent Expert on the question of human rights and extreme poverty, Magdalena Sepúlveda Carmona*. 17th Session of the Human Rights Council. 17 de marzo de 2011. Un Doc.:A/HRC/17/34

⁵¹ Isabel Ortiz, Jingqing Chai, and Matthew Cummins, “Identifying Fiscal Space: Options for Social and Economic Development for Children and Poor Households in 184 Countries,” UNICEF Social and Economic Policy Working Paper. Diciembre de 2011. Disponible en: http://www.unicef.org/socialpolicy/files/Fiscal_Space_-_REVISED_Dec_2011.pdf

⁵² Sentencia del Tribunal Constitucional. Recurso de inconstitucionalidad núm. 3856-2012. Disponible en:

https://www.tribunalconstitucional.es/NotasDePrensaDocumentos/NP_2017_038/2012-3856STC.pdf

⁵³ The Economist (2016), “Portugal cuts its fiscal deficit while raising pensions and wages” (April 1st, 2017), Available at: <https://www.economist.com/news/21719753-socialists-say-their-keynesian-policies-are-working-others-fret-about-portugals>; Oxfam, 2013. The true cost of austerity and inequality: Portugal Case Study. Available at: <https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/cs-true-cost-austerity-inequality-portugal-120913-en.pdf>

⁵⁴ Muñoz, Violeta, 2017. “España podría saldar dos veces su déficit si recaudara como el resto de países del euro”. El Boletín (24 de octubre de 2017), disponible en: <https://www.elboletin.com/noticia/154958/economia/espana-podria-saldar-dos-veces-su-deficit-si-recaudara-como-el-resto-de-paises-del-euro.html>

⁵⁵ GESTHA. “Ghesta denuncia que más del 90% de la evasión fiscal no fue detectada por Hacienda en 2015”. Disponible en:

<http://www.gestha.es/index.php?seccion=actualidad&num=464>

⁵⁶ GESTHA, 2018. “Gestha lamenta el continuismo del nuevo Plan de Control Tributario” Disponible en: <http://www.gestha.es/index.php?seccion=actualidad&num=504>

empresas, que se estima ascendieron a 19 mil millones de euros, lo que equivale a tres veces el presupuesto para prestaciones de seguridad social para las familias y la niñez en 2015.⁵⁷ La elusión a través del uso de quince de los principales paraísos fiscales, se estima que ha generado pérdidas en torno a los 1.550 millones de euros. Esto equivaldría al 58% del déficit que se estima tuvo el fondo de reserva de las pensiones en 2017 y casi iguala el presupuesto de cooperación al desarrollo.⁵⁸ Y la corrupción, según un estudio realizado por el Parlamento Europeo en 2016, implica pérdidas anuales de entre el 0.08% y el 9.58% dependiendo de la metodología, pero superiores a la media europea en la mayoría de los casos.⁵⁹ Estas cifras resultan alarmantes teniendo en cuenta que la meta de reducción del déficit del sector público para 2017 con la que se continúan justificando los recortes era del 3,1% del PIB.⁶⁰

Recomendaciones

4. En sus estrategias de recuperación para afrontar la crisis económica, y ante la aplicación de medidas de austeridad fiscal en particular, el Estado debe llevar a cabo evaluaciones sistemáticas del posible impacto que estas medidas puedan tener sobre los derechos económicos, sociales y culturales, especialmente los de las personas o grupos en situación de mayor vulnerabilidad, así como establecer un mecanismo para que estas evaluaciones informen la toma de decisiones.
5. Abordar de forma urgente los niveles crecientes de desigualdad socioeconómica mediante un conjunto de políticas redistributivas con perspectiva de derechos humanos que incluyan un incremento decidido del gasto social, el establecimiento de un piso mínimo de protección social sin discriminaciones y el aumento del salario mínimo interprofesional.
6. El Estado debe considerar todas las alternativas posibles para expandir su espacio fiscal con el fin de evitar futuros recortes del gasto público en las partidas presupuestarias destinadas a garantizar los derechos humanos, incluyendo el fortalecimiento de un régimen impositivo más progresivo y la recisión de los beneficios tributarios. En este sentido, debe hacer un mayor esfuerzo para luchar contra la evasión fiscal como una estrategia fundamental para generar recursos, combatiendo particularmente el fraude fiscal de las grandes empresas y fortunas, las cuales cometen la mayor parte del fraude fiscal.

ARTÍCULO El derecho a la salud física y mental

12

22. España está obligada a garantizar el derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (art. 12.1 PIDESC). Las medidas estatales adoptadas en el marco de este derecho deben respetar indiscutiblemente el principio de progresividad facilitando la máxima prestación de los recursos a la sociedad y evitando la adopción de medidas regresivas (art. 2.1. PIDESC, Observación General 14, del 11 de agosto de 2000). Tal como recordó el Comité de Derechos Económicos y Sociales en su *Carta Abierta del 16 de Mayo de 2012*, cualquier cambio o ajuste de política propuesto que pueda involucrar medidas regresivas debe cumplir con requisitos de temporalidad, necesidad y proporcionalidad, no debe ser discriminatorio y debe tener en cuenta todas las alternativas posibles, incluidas las medidas fiscales, para mitigar las desigualdades que pueden crecer en tiempos de crisis así como para garantizar que los derechos de las personas y grupos desfavorecidos y marginados no sean afectados de manera desproporcionada. Adicionalmente, en su Observación General No. 14, el Comité aclara que los Estados

⁵⁷ Oxfam Intermón, 2014a. 'Los Presupuestos de la Equidad', basado en Agencia Española de la Administración Tributaria (AEAT), 2013. 'Informe Anual de Recaudación Tributaria.'

⁵⁸ Oxfam, 2017. Oxfam Intermón, 2017. España, un crecimiento económico que deja fuera a las personas vulnerables, pp. 25-26.

⁵⁹ European Parliament. 2016. The Cost of Non-Euroe in the Area of Organized Crime and Corruption. Annex II. Corruption. Disponible en: http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/579319/EPRS_STU%282016%29579319_EN.pdf

⁶⁰ Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal, 2018. Seguimiento mensual del objetivo de estabilidad. Noviembre 2017. Disponible en: http://www.airef.es/documents/10181/720606/2018+02+02+A++Seguimiento+mensual+2017_11+AAPP/c6efdfda-6f2c-4aa0-962e-4a4e119d59fb

tienen la obligación de respetar el derecho a la salud, “en particular absteniéndose de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, incluidos, los presos o detenidos, los representantes de las minorías, los solicitantes de asilo o los inmigrantes ilegales, a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos; abstenerse de imponer prácticas discriminatorias como política de Estado; y abstenerse de imponer prácticas discriminatorias en relación con el estado de salud y las necesidades de la mujer”.⁶¹

23. Sin embargo, durante el período considerado, el Estado ha adoptado medidas que han significado un retroceso en el grado de protección del derecho a la salud sin una justificación legítima. En la presente sección se analizarán estos retrocesos en relación con dos temas: las consecuencias del Real Decreto Ley 16/2012 y los derechos sexuales y reproductivos.

Consecuencias del Real Decreto-ley 16/2012 sobre la vida y la salud de las personas inmigrantes en situación administrativa irregular⁶²

24. **El Real Decreto Ley 16/2012 implicó el abandono de la cobertura universal pública.** Hasta el año 2012, España presentaba un sistema sanitario que durante décadas había avanzado hacia la construcción de una sanidad pública más solidaria e inclusiva, donde la ciudadanía española e inmigrante tenían igual derecho a la asistencia sanitaria, con el único requisito administrativo de empadronarse.⁶³ El estallido de la crisis económica provocó un vuelco a esta situación. El Gobierno, valiéndose de una vía legislativa excepcional, adoptó con carácter de urgencia una serie de medidas que han perjudicado y debilitado el sistema sanitario español, afectando de forma desproporcionada al disfrute del derecho a la salud de ciertos colectivos desfavorecidos y marginados. Una de las principales reformas adoptadas es el Real Decreto- ley 16/2012, de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Este Real Decreto-Ley ha significado en la práctica una reforma estructural del SNS para, según señala el texto legislativo, hacer frente al “déficit presupuestario del sistema y a los nuevos retos de la asistencia sanitaria”.
25. **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. Las organizaciones integrantes de la Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012 (REDER)⁶⁴ han documentado entre enero de 2014 y septiembre de 2017, 3.784 personas excluidas del Sistema Nacional de Salud, un 56% en situación irregular. Esta red alerta de la existencia **de barreras administrativas que impiden que el acceso a la atención sanitaria normalizada** (766 casos documentados de personas a quienes se les ha denegado la expedición de la tarjeta sanitaria). La consecuencia más dramática de esta exclusión sanitaria es la desatención de enfermedades graves. Así, REDER ha tenido constancia, entre otros, de 57 casos de cáncer, 88 casos de hipertensión, 38 casos de VIH, 78 casos de enfermedades cardiovasculares, 109 casos de diabetes o 55 casos de salud mental grave.⁶⁵
26. La incertidumbre y discrecionalidad en la aplicación desigual del Real Decreto-Ley (RDL) entre las distintas CCAA, e incluso en el interior de algunas de ellas, ha provocado también que personas con

⁶¹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General No. 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). E/C.12/2000/4. p. 34.

⁶² El presente apartado responde a la pregunta 21 de la Lista de Cuestiones: “Sirvanse proporcionar información sobre las medidas adoptadas por el Estado parte para garantizar que los costes de los servicios de atención de salud, de los medicamentos esenciales, incluidos los medicamentos para las enfermedades crónicas, y de los seguros de salud sean asequibles para todos. Sirvanse proporcionar una evaluación de la aplicación del Real Decreto Legislativo núm. 16/2012 de 20 de abril de 2012, especialmente en relación con los migrantes indocumentados”.

⁶³ El sistema existente en España antes de 2012 no podía calificarse de plenamente universal, pues existían ciertos colectivos – trabajadores por cuenta propia y personas paradas de larga duración – que no estaban cubiertas por el sistema. No obstante, la Ley de Salud Pública de 2011 preveía la incorporación gradual de estos colectivos al SNS. Esta Ley no obstante nunca llegó a ser desarrollada en este respecto como consecuencia de la aprobación del Real Decreto-Ley 16/2012 que cambió radicalmente la titularidad del derecho a la salud en España.

⁶⁴ Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012, 2017. ‘Defender nuestra sanidad. La sociedad civil frente a la exclusión sanitaria’. Disponible en: www.reder162012.org

⁶⁵ *Ibid.*, p. 10

derecho a obtener asistencia lo vean negado de facto, como lo atestiguan estas cifras de casos documentados por REDER: 158 casos de mujeres embarazadas, 270 menores de edad, 29 casos de personas solicitantes de asilo, 364 casos de denegación o facturación indebida de la atención en urgencias, 71 casos de negativa a la atención en urgencias y 168 casos de imposibilidad de acceder a medicamentos.⁶⁶

27. **Incluso las personas inmigrantes con permisos de residencia están siendo afectadas.** La situación de familiares ascendientes que han formado parte de un proceso de reagrupación familiar, se encuentran en un verdadero laberinto legal y jurídico. A pesar de tratarse de personas autorizadas para residir en territorio español, siguen encontrando obstáculos para obtener asistencia sanitaria. Se han documentado 72 personas en esta situación con cardiopatías, hipertensión, enfermedades respiratorias crónicas potencialmente mortales, artritis, necesidad de seguimiento de operaciones quirúrgicas, etc.⁶⁷
28. Es importante resaltar que todas estas cifras solo son indicadores –la punta del iceberg– de la existencia de la exclusión sanitaria, pero no dan cuenta de la real dimensión de la misma. 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.⁶⁸ 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.
29. **El RDL es una medida regresiva contraria a los estándares de derechos humanos.** Diversos mecanismos regionales e internacionales de derechos humanos han manifestado su preocupación por la incompatibilidad del Real Decreto Ley 16/2012 con el derecho internacional. Así lo han hecho tanto el Comité de Derechos Humanos,⁶⁹ el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer,⁷⁰ el Comité Europeo de Derechos Sociales⁷¹ y seis Relatores Especiales y Expertos Independientes de Naciones Unidas.
30. **En efecto, se trata en primer lugar de una medida discriminatoria,** por cuanto afecta principalmente a uno de los colectivos más vulnerables: las personas inmigrantes en situación irregular. Este Comité ha señalado que “el Pacto prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de raza, [...] por motivos de origen nacional o posición social, situación económica [...], 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”.⁷²
31. Por otro lado, dado que el SNS se financia exclusivamente a través de impuestos directos e indirectos – en lugar de cotizaciones a la Seguridad Social –, cualquier persona inmigrante contribuye al sostenimiento del sistema mediante su actividad laboral y el ejercicio del consumo. Por tanto, excluir a las personas en situación irregular del acceso al sistema de salud a cuya financiación contribuyen es injusto y discriminatorio.
32. **Adicionalmente, se trata de una medida desproporcionada en la medida en que compromete incluso obligaciones mínimas esenciales.** Justamente, el Comité ha incluido entre las obligaciones mínimas la atención primaria básica de la salud y “el derecho de acceso a servicios de salud sobre una

⁶⁶ *Ibid.*

⁶⁷ *Ibid.*

⁶⁸ 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/>

⁶⁹ Human Rights Committee, ‘Concluding Observations on the Sixth periodic report of Spain’, UN Doc. CCPR/C/ESP/CO/6, at para. 9.

⁷⁰ Committee on the Elimination of Discrimination against Women, ‘Concluding observations on the combined seventh and eighth periodic reports of Spain’, UN Doc. CEDAW/C/ESP/CO/7-8, at para. 30.

⁷¹ European Committee on Social Rights, ‘Conclusions XX-2. Spain’, article 11.1. Removal of the causes of ill-health. Disponible en: https://www.idhc.org/arxius/noticies/SpainXX2_en.pdf

⁷² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General No. 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). E/C.12/2000/4. párr. 18.

base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a grupos vulnerables o marginados”.⁷³ El Comité ha señalado explícitamente en relación con el derecho a la salud que “un Estado Parte no puede nunca ni en ninguna circunstancia justificar su incumplimiento de las obligaciones básicas, que son inderogables”.⁷⁴ Ha dicho además que “la adopción de cualesquiera medidas regresivas que sean incompatibles con las obligaciones básicas [...] constituye una violación del derecho a la salud”.⁷⁵ Entre las violaciones resultantes de actos de comisión señaladas por el Comité figura explícitamente “la revocación o suspensión formal de la legislación necesaria para el continuo disfrute del derecho a la salud, o la promulgación de legislación o adopción de políticas que sean manifiestamente incompatibles con las preexistentes obligaciones legales nacionales o internacionales relativas al derecho a la salud”.⁷⁶

33. Las obligaciones de los Estados en relación con el derecho a la salud de los inmigrantes en situación administrativa irregular no se reducen a garantizar la atención de emergencia. Al respecto, el Relator Especial sobre los Derechos Humanos de las Personas Migrantes ha señalado que “el mero compromiso con la atención de emergencia es injustificado no solo desde una perspectiva de derechos humanos, sino también desde el enfoque de salud pública, en la medida en que la falla en proveer cualquier tipo de atención primaria o preventiva puede crear riesgos de salud tanto para los migrantes como para la comunidad receptora”.⁷⁷
34. Un estudio reciente⁷⁸ concluye que **la entrada en vigor del RDL 16/2012 está vinculada a una reducción significativa de la atención primaria en toda España** y de la atención hospitalaria y de especialistas en las CCAA que aplicaron con más intensidad el RDL 16/2012 (Baleares, Castilla León, Castilla la Mancha, Madrid, Murcia y la Rioja) en la población inmigrante en situación administrativa irregular. Pese a que, en teoría, este colectivo ha mantenido el derecho a la asistencia en urgencias tras la aplicación de la ley, esta no es en ningún modo un sustituto de la atención primaria; por el contrario, el énfasis en atención primaria e intervenciones preventivas se justifica tanto desde una perspectiva de salud pública como de reducción de costos⁷⁹. Estos resultados van en línea con los informes de algunas ONG que documentan el rechazo de las personas inmigrantes en situación administrativa irregular a recibir asistencia médica después de la introducción del RDL 16/2012 por miedo a ser denunciadas o deportadas. Otro estudio reciente,⁸⁰ muestra **un aumento en la mortalidad de inmigrantes en situación irregular después de la introducción del RDL 16/2012**, principalmente en causas de muerte que pueden ser evitadas con un acceso rápido a la atención sanitaria.
35. Frente a la situación de emergencia sanitaria generada por el RDL 16/2012 y a la presión de las organizaciones sociales y de diversos mecanismos del sistema universal y europeo de protección de los derechos humanos, **en marzo de 2015 el Gobierno anunció que las personas inmigrantes que se encontraban en España en situación irregular volverían a tener derecho a la atención primaria en el Sistema Nacional de Salud (SNS)**, pero no recuperarían la tarjeta que les fue retirada con la aprobación de la reforma sanitaria en 2012⁸¹. **Esta medida nunca llegó a concretarse** más allá del anuncio inicial, de modo que casi tres años después no ha habido rectificación alguna.
36. **La nueva normativa no sólo es injusta, sino claramente innecesaria e ineficaz.** Uno de los principales argumentos del gobierno a la hora de aprobar el RDL 16/2012 fue el supuesto “abuso” que del sistema sanitario realizaban las personas excluidas. El uso que estas personas realizan del Sistema Sanitario es sensiblemente inferior al de una persona nacional (entre un 69% y un 77% del gasto

⁷³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General No. 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). E/C.12/2000/4. pár. 43.

⁷⁴ *Ibid.*, pár. 47.,

⁷⁵ *Ibid.*, par. 48

⁷⁶ *Ibid.*, par. 48.

⁷⁷ Human Rights Council, Report of the Special Rapporteur on the Human Rights of Migrants, Jorge Bustamante, 14th session, UN Doc. A/HRC/14/30 (16 April 2010), par. 28.

⁷⁸ Jiménez-Rubio D, Vall Castelló J. Evaluating the effects of restricted access to health care for the immigrant population: the Spanish case. Jornadas de Economía de la Salud, Barcelona, Septiembre 2017.

⁷⁹ Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM). “Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe.” PICUM, 2007. Available online: http://picum.org/picum.org/uploads/file_/Access_to_Health_Care_for_Undocumented_Migrants.pdf

⁸⁰ Juanmartí A, López G, Vall Castelló J. Effect of a restriction in the access to public health insurance on mortality: The case of the 2012 Spanish health reform. Jornadas de Economía de la Salud, Barcelona, Septiembre 2017. Gaceta sanitaria, Vol. 31 - Especial Congreso - Septiembre 2017

⁸¹ Ministro de Sanidad, https://elpais.com/tag/alfonso_alonso/a/

medio)⁸². Además, sólo 2,9% de las personas que migran a Europa lo hacen por razones de salud⁸³. Adicionalmente, el RDL 16/2012 es innecesario para regular el fenómeno del turismo sanitario – cuyo perfil es radicalmente opuesto al de la inmigración irregular, pues se corresponde con personas con recursos que vienen a España con la finalidad primordial de recibir asistencia sanitaria. Así, la legislación europea (Directiva 2011/24/UE de Asistencia Sanitaria Transfronteriza y el correspondiente Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación) ya prevé los mecanismos a través de los cuales un Estado puede reclamar el cobro de la atención sanitaria prestada al Estado de origen de una persona con ciudadanía comunitaria.

37. **No existe, pues, un vínculo entre los objetivos de ahorro y eficiencia del sistema y la exclusión de la población inmigrante en situación administrativa irregular del SNS.** Así lo atestiguan, diversos estudios que muestran que un sistema basado en la Atención Primaria Universal, regida por el principio de prevención, resulta más eficiente económicamente debido al mayor coste de los servicios de urgencia⁸⁴. En consecuencia, la exclusión de la población inmigrante en situación irregular de la asistencia sanitaria normalizada es una medida contraproducente desde el punto de vista del ahorro económico que se pretendía alcanzar.
38. Todavía hoy no se cuentan con datos que muestren que la cobertura a inmigrantes en situación irregular pusiera en riesgo la sostenibilidad del sistema de salud en España. Por el contrario, la evidencia internacional sugiere que las personas inmigrantes, y en particular aquellas en situación administrativa irregular, hacen un menor uso de los sistemas de salud.⁸⁵
39. **Esta norma tampoco cumple con el requisito de temporalidad.** En efecto, la vigencia del RDL 16/2012 es permanente y no se planteó siquiera algún mecanismo de revisión cuando cesara la pretendida situación de extrema urgencia y necesidad que se alegaba. De hecho, según datos del Instituto Nacional de Estadística, a la fecha de envío de este informe, España había experimentado tasas de crecimiento positivas por quince trimestres consecutivos, por lo que no se entiende por qué las medidas regresivas en cuestión no han sido derogadas o siquiera revisadas⁸⁶. Más aún, las medidas adoptadas no hacen frente al déficit presupuestario.
40. **EL RDL 16/2012 ha acentuado las desigualdades territoriales entre las CCAA y ha reflejado una profunda falta de coordinación estatal.** Así, ante la crisis humana generada por el RDL, la mayoría de CCAA reaccionaron aprobando normas y medidas propias con el fin de dotar de algún tipo de cobertura a los colectivos excluidos, en claro desafío a la norma estatal. Esta circunstancia ha provocado que los requisitos exigidos para acceder a dicha cobertura, así como el alcance de la misma, varíen sustancialmente de una Comunidad Autónoma a otra. En consecuencia, los derechos de acceso al sistema de salud por parte de la población migrante en situación irregular dependen notablemente del lugar donde vivan. Más aún, tal como se explica enseguida, recientemente el Estado ha iniciado una ofensiva judicial contra estas normas autonómicas que salvan la vida y protegen la salud de los inmigrantes en situación administrativa irregular, como consecuencia de la jurisprudencia del Tribunal Constitucional que ha declarado el RDL 16/2012 como ajustado a la Constitución española.
41. **Los retrocesos normativos han sido avalados por el Tribunal Constitucional, cerrando las vías internas de acceso a la justicia para las personas cuyos derechos han sido vulnerados con el RDL 16/2012.** Ciertos apartados del Real Decreto Ley 16/2012 han sido objeto de diversos recursos de inconstitucionalidad ante el Tribunal Constitucional español por parte de varias CCAA. El 21 de julio de

⁸² Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). (2009). La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España (ISSN 0213-9111).

⁸³ Personas excluidas: el fracaso de la cobertura sanitaria en Europa. Informe del Observatorio Europeo de Médicos del Mundo (2017) p. 14.

⁸⁴ El más reciente de estos estudios es el elaborado por la Agencia Europea de Derechos Fundamentales. Cost of exclusion from healthcare – The case of migrants in an irregular situation. European Union Agency for Fundamental Rights (2015).

⁸⁵ Nielsen, S., Krasnik, A. and Rosano, A. (2009) Registry data for cross-country comparisons of migrants' healthcare utilization in the EU: a survey study of availability and content. BMC Health Services Research, 9: 210; Uiters, E., Devillé, W., Foets, M., Spreeuwenberg, P. and Groenewegen, P. (2009) Differences between immigrant and non-immigrant groups in the use of primary medical care: a systematic review. BMC Health Services Research, 9: 76; Nørredam, M., Nielsen, S. and Krasnik, A. (2010) Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe – a systematic review. European Journal of Public Health, 20(5): 555–63.

⁸⁶ Instituto Nacional de Estadística. Variación Trimestral del PIB. Disponible en: http://www.ine.es/prensa/pib_tabla_cnr.htm

2016 el Tribunal emitió su primera Sentencia desestimando uno de los recursos⁸⁷. A esta decisión siguió otra de 1 de marzo de 2017 igualmente desestimatoria. Finalmente, en diciembre de 2017, el Tribunal ha ido más allá al anular en sendas sentencias varias disposiciones de una normativa del País Vasco y otra de la Comunitat Valenciana - a las que ha seguido en enero de 2018 una nueva sentencia relativa a Extremadura⁸⁸ - que garantizaban la atención sanitaria, con cargo a fondos públicos autonómicos, a las personas excluidas por el Real Decreto-Ley, principalmente personas inmigrantes en situación irregular⁸⁹. Conforme a estas sentencias, las normas autonómicas no pueden ampliar el universo de personas que reciben asistencia sanitaria por encima de los límites determinados por el RDL 16/2012, aun cuando sean las propias CCAA quienes asuman el costo de estas mejoras, sin poner en riesgo los términos mínimos establecidos por el Estado para el ámbito estatal. Al restringir esa posibilidad por parte de las CCAA, el Tribunal Constitucional (TC) corta la línea vital que ha permitido a las personas migrantes en situación administrativa irregular recibir servicios de salud e impide a las CCAA ir más allá de un mínimo de protección básico a nivel estatal⁹⁰. Resulta particularmente preocupante que el alto Tribunal, a pesar de haber tenido múltiples oportunidades para haber analizado estas normativas a la luz de las obligaciones de España en materia de DESC -como lo demuestran varios votos disidentes⁹¹ -, haya ignorado sistemáticamente en sus sentencias los Tratados Internacionales ratificados por el Estado español, así como su jurisprudencia previa sobre derechos humanos. **Si el TC mantiene sus argumentaciones previas en cada uno de los recursos de constitucionalidad pendientes de ser dirimidos, las consecuencias pueden ser catastróficas para la vida y la salud de las poblaciones excluidas del sistema sanitario.**

42. En la publicación del RDL 16/2012, se ha obviado la justificación del presupuesto habilitante de “extraordinaria y urgente necesidad” que permite al Gobierno la aprobación de disposiciones con cierta discrecionalidad, sujetas a la posterior aprobación del Parlamento. Dicha discrecionalidad no puede implicar arbitrariedad y ausencia de justificación. En este supuesto, no existe una sólida argumentación de las medidas aprobadas, en particular de la exclusión de la población inmigrante sin permiso de residencia.
43. A este presupuesto, se suma la prohibición de no afectación de los derechos fundamentales de la Constitución Española que limitan la aprobación de la figura del Decreto-Ley, y que hasta el momento, la jurisprudencia constitucional extendía a los principios rectores económicos y sociales. Del mismo modo, se ha prescindido de la doctrina internacional de los derechos *tout court*, que interpreta la aplicación de los mismos de forma unitaria e indivisible y favorece la conexión de derechos fundamentales y principios rectores, para garantizar su defensa. Es decir, dada la conexión existente entre el derecho fundamental a la vida y el derecho a la salud, la actual regulación estatal de este último supone una violación del derecho a la vida de los seres humanos.
44. **España uno de los países de la UE-15 con menores niveles de gasto público en salud como porcentaje del PIB.**⁹² Antes de la adopción de las medidas de austeridad y reforma de la salud de 2012, la evolución del gasto público sanitario, expresado como porcentaje del PIB, llegó a cifras semejantes a la media de la Unión Europea de forma global (en 2010, 6,9% del PIB)⁹³. Del mismo modo, el gasto por habitante experimentó un notable incremento, superando los 1.500€/ año. El modelo español se constituía como un modelo válido de referencia a nivel internacional, que se encaminaban a ampliar la cobertura sanitaria a través de una nueva legislación que no llegó a ser desarrollada.⁹⁴ Sin embargo,

⁸⁷ España. Tribunal Constitucional. Sentencia nº 139/2016 del 21 de Julio. España. Tribunal Constitucional. Sentencia nº 33/2017 de 1 de marzo

⁸⁸ Sentencia del Tribunal Constitucional 2/2018, Recurso de Inconstitucionalidad 2002-2017. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2018/02/07/pdfs/BOE-A-2018-1678.pdf>

⁸⁹ Sentencia del Tribunal Constitucional 134 de 2017; Sentencia del Tribunal Constitucional del 14 de diciembre de 2017, Recurso de Inconstitucionalidad No. 6022-2015, disponible en: https://www.ara.cat/2017/12/19/sanitat_val.pdf?hash=caa58fa905344b788eede5ab7c760a72445ad5d2

⁹⁰ Ver Médicos del Mundo, Amnistía Internacional, Red Acoge, Reder, semFYC y Center for Economic and Social Rights, 2017. El Tribunal Constitucional profundiza la exclusión sanitaria y limita la capacidad de las comunidades autónomas para prestar asistencia sanitaria universal, http://www.accionenredmadrid.org/wp-content/uploads/2017/12/Comunicado_STC-134-2017.pdf

⁹¹ Ver. Voto particular que formula el Magistrado don Fernando Valdés Dal-Ré a la Sentencia dictada en el recurso de inconstitucionalidad núm. 4123-2012, y al que se adhiere la Magistrada doña Adela Asua Batarrita.

⁹² Eurostat. “Health - General government expenditure by function (COFOG) as a % of GDP [gov_a_exp]” Indicators of the health and long term care strand. 209 figures.

⁹³ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, 2016. Disponible en: https://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/Gast_Sanit.pdf, p.11.

⁹⁴ Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

desde 2010 se frenó radicalmente la tendencia presupuestaria creciente, al aplicarse una importante reducción de gasto público en sanidad para hacer frente al alto déficit presupuestario; y desde entonces y hasta la fecha, se ha continuado aplicando un descenso anual del gasto público en salud hasta situarse en un 6,34% del PIB en 2016⁹⁵. El gasto público per cápita en salud ha permanecido por debajo de las tendencias regionales, representando apenas el 74% del promedio en la Zona Euro⁹⁶.

45. Esto contrasta con un incremento de la participación del gasto privado. En el quinquenio 2011-2015, el gasto sanitario privado creció a una media de 2,8% anual, mientras que el gasto público cayó a una tasa de -0,8% anual. El gasto privado pasó a representar el 28,9% del gasto sanitario total en 2015 (en 2011 era el 26,1%), desplazando la participación del gasto público que cayó al 71,1% (en el 2011 era del 73,9%)⁹⁷.
46. Las perspectivas desde el Gobierno, respecto al gasto sanitario público para el año 2018, son más desalentadoras. Se estima que el gasto sanitario caerá en dos décimas, pasando del 6% sobre el PIB (2017) a 5,8%⁹⁸.
47. **Los recortes presupuestarios han producido una situación de regresividad en el derecho a la salud.** Los recortes se han trasladado a una disminución del número de camas (7.000 camas menos en un país que ya estaba situado a la cola de camas por cada 1.000 habitantes, es decir, del 3,2 en 2008 se reduce al 2,9 en 2015 según la OCDE) y de personal sanitario (entre 55.000 y 45.000 menos en estos años), otra vez en un país con muy baja densidad de personal sanitario y socio sanitario.⁹⁹
48. El RDL 16/2012 ha contribuido a incrementar el desvío de fondos hacia el sector privado. Como es el caso de las llamadas colaboraciones público-privadas promovidas por algunas CCAA (Madrid, Valencia, Baleares, Galicia, Castilla y León o Cantabria) que han pasado del 11% en 2012 al 11,8% en 2016.¹⁰⁰ Otro tanto ocurre con el incremento de los gastos de bolsillo y del aseguramiento privado que ha pasado de 8.701 millones en 2012 a 9.690 en 2016.¹⁰¹ Este gasto encubre una profunda desigualdad, al introducir una barrera económica importante sobre las personas en situación de riesgo o exclusión económica; y que afecta especialmente a pacientes con mayores necesidades de atención sanitaria (personas con enfermedades crónicas, tercera edad, etc.).
49. **Si bien el gasto público ha bajado en todas las partidas del sistema sanitario, el descenso más alarmante se encuentra en el sector farmacéutico.** 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.¹⁰² Según cifras oficiales, entre 2010 y 2015 el gasto farmacéutico ha disminuido un 21,6%.¹⁰³
50. 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 paciente¹⁰⁴. Esto ha provocado, en algunos casos, disminución del consumo de medicamentos esenciales¹⁰⁵ y aumento del número de visitas a urgencias.
51. Nuevamente, han sido las personas en situación económica más precaria quienes se han visto más afectadas por esta modificación en la financiación de los medicamentos. 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

⁹⁵ OECD Health Expenditure and Financing Statistics, http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#

⁹⁶ Ibid.,

⁹⁷ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017. Sistemas de Cuentas de Salud, 2015. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SCSPincipalesResultados.pdf>, p. 3

⁹⁸ <http://www.elmundo.es/economia/macroeconomia/2017/10/30/59f0dcc2468aeb89168b45de.html>

⁹⁹ OECD Health Care Resources Statistics, https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC#

¹⁰⁰ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadísticas del gasto sanitario público 2016.

¹⁰¹ Ibid.,

¹⁰² 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.

¹⁰³ 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

¹⁰⁴ Tamblyn YR et al.: Adverse Events Associated With Prescription Drug Cost-Sharing Among Poor and Elderly Persons. JAMA. 2001; 285:421-429.

¹⁰⁵ 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.

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).

52. **Los recortes fiscales han agravado las diferencias ya existentes en las prestaciones y la calidad de servicios de salud entre Comunidades autónomas.** El Comentario General 12 del Comité detalla la obligación de que los Estados proporcionen servicios de salud suficientes y alerta de que una asignación inadecuada de recursos para la salud puede dar lugar a una discriminación que, aunque no sea manifiesta, afecta de manera negativa y desproporcionada a los sectores más desprotegidos de la población.¹⁰⁶ Como ya se señaló, la inversión destinada al gasto sanitario per cápita presenta grandes variaciones dependiendo de la CCAA. Aquellas CCAA con mayores niveles de vulnerabilidad social suelen destinar un presupuesto per cápita a sanidad muy inferior a las demás.¹⁰⁷
53. La Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España ha apuntado a las diferencias entre CCAA como uno de los ejes de desigualdad con gran impacto en la salud de la población. Estas disparidades se manifiestan incluso a la esperanza de vida: entre las CCAA más ricas (como Madrid o Navarra) y las más pobres (como Andalucía), hay una diferencia de esperanza de vida de tres años.¹⁰⁸ Este estudio de 2010 de la Comisión apuntó que “España es uno de los países que tiene ya evidencia de la existencia de las desigualdades socioeconómicas en salud, pero donde las políticas para disminuirlas prácticamente no han entrado en la agenda política.”¹⁰⁹

Regresividad en el goce de los derechos sexuales y reproductivos: Impacto en la igualdad de género (Artículo 12 en relación con el Art. 3)¹¹⁰

54. **El Comité DESC ha desarrollado estándares recientes en relación con los derechos sexuales y reproductivos que son relevantes para el análisis de la situación de España y sobre los que otros Comités han manifestado su preocupación.** Tal como reconoce el Comité DESC en su reciente Observación General Núm. 22 (2016) el derecho de toda persona al disfrute del nivel más alto posible de salud, tal y como se consagra en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 12) incluye la protección y garantía de los derechos sexuales y reproductivos que a su vez guarda una profunda conexión e interdependencia con otros derechos humanos, la dignidad y libertad de la persona, el libre desarrollo de su personalidad, la integridad física y moral y la intimidad personal y familiar. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia”.¹¹¹
55. En su Observación General 22, el Comité establece la obligación del Estado de respetar el ejercicio del derecho a la salud requiere también que éstos “deroguen, y se abstengan de promulgar, leyes y políticas que obstaculicen el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva”¹¹² incluida “la información en materia de salud sexual y reproductiva, en particular para el aborto y la anticoncepción” así como “los plazos de espera obligatorios para acceder a los servicios de interrupción del embarazo; las pruebas obligatorias del VIH; y la exclusión de servicios específicos de salud sexual y reproductiva de la financiación pública o de los fondos de asistencia extranjeros.” La legislación española establece que la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) debe estar incluida en la cartera de servicios comunes del SNS, sin embargo, existen déficits tanto en su financiamiento como en la implementación de los programas.
56. La Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW), en sus Observaciones finales sobre España en 2015, ha manifestado su preocupación respecto

¹⁰⁶ CESCR. Observación general N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. 11 de agosto de 2000. UN Doc.: E/C.12/2000/4, párrafo 18.

¹⁰⁷ Martín García, Manuel. Observatorio Políticas de Salud. *Desigualdades en Salud*. Junio 2010. www.1mayo.ccoo.es/nova/NPcd/GestorPublicacionesVis?cod_prima

¹⁰⁸ Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de Políticas de Intervenciones para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Comisionado por la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior. Ministerio de Sanidad y Política Social. Mayo 2010. http://www.msps.es/gl/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Políticas_Reducir_Desigualdades.pdf

¹⁰⁹ Ídem, p. 20

¹¹⁰ El presente apartado responde a la pregunta 22 del Listado de Cuestiones: “Sirvanse proporcionar información sobre las medidas adoptadas para garantizar que los servicios y la información de salud sexual y reproductiva estén disponibles y sean accesibles por igual para todas las personas en todo el país”.

¹¹¹ OMS. Salud Sexual, Disponible en: http://www.who.int/topics/sexual_health/es/

¹¹² Comité DESC. Observación general núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 12 de mayo de 2016 (UN. Doc. E/C.12/GC/22), pág. 41.

a las políticas de austeridad adoptadas por el Gobierno español y el retroceso en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos.¹¹³ El Comité CEDAW sostiene que la existencia de una crisis socioeconómica no debería justificar la adopción de medidas desproporcionadas y regresivas que incidan en el disfrute de los derechos fundamentales.¹¹⁴

57. **Aunque el Estado ha adoptado medidas dirigidas a garantizar los derechos sexuales y reproductivos, persisten serias fallas en su financiamiento e implementación.** Entre las disposiciones normativas cabe destacar la 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. El Estado cuenta con una Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; sin embargo, no se ha dotado apenas de presupuesto para su implementación ni se ha aplicado en su conjunto.
58. **La reforma sanitaria y la política de ahorro perseguida en la última década han afectado al disfrute de los derechos sexuales y reproductivos y especialmente a los colectivos más vulnerables, entre ellos las mujeres de bajos ingresos. El impacto provocado por el RDL 16/2012 ha sido más demoledor en las mujeres inmigrantes,** al privarlas del acceso gratuito a los servicios de salud sexual y reproductiva, al impedir su acceso a interrupciones voluntarias de embarazo y al no permitir que puedan disfrutar de medidas de planificación familiar.
59. 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.
60. **En España existe inequidades territoriales considerables en relación con los derechos sexuales y reproductivos.** Existe evidencia abundante sobre situaciones de inequidad tanto en el alcance de los derechos sexuales y reproductivos como en las prestaciones sanitarias entre CCAA, que suponen un problema para la igual protección de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Algunos ejemplos muestran la magnitud de este problema:
 - a. 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".¹¹⁵
 - b. 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 día¹¹⁶. En algunas de estas CCAA los servicios no están garantizados por el Estado, siendo iniciativas privadas dependientes de las subvenciones públicas¹¹⁷. Esta situación genera desigualdad territorial y no garantiza estándares mínimos en todo el Estado.
 - c. En cuatro CCAA (Extremadura, Murcia, Aragón y Castilla La Mancha) no se realizó ninguna Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) dentro de su sistema público. En Andalucía casi todas las interrupciones voluntarias del embarazo se realizaron en centros sanitarios privados. Sólo un centro público notificó haber realizado IVE en el año 2015 (1 centro sanitario público / 16 centros

¹¹³ Comité CEDAW, 2015. Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de España. (UN. Doc. No. CEDAW/C/ESP/CO/7-8). Disponible en:

<http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2fPPRICAqhKb7yhssmw5jHDQuNBd%2bTWAIG8TIEDelpxL7bv3lxTh7eO3KMat7G7awOr90prB%2fK0IQCbN0ueDO7z6P2%2bMjP7EL7J31GrPoV9cxWThqVK11nBhoao>

¹¹⁴ *Ibid.*, pág. 8.

¹¹⁵ Carlos Martínez- Almeida, presidente de la Plataforma de Infancia, en una declaración a Europa Press.

¹¹⁶ 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

¹¹⁷ Comunidades autónomas en las que existen centros de atención para víctimas de violencia sexual de género: Andalucía, Madrid, Extremadura, Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla y León, Cataluña y Valencia.

sanitarios privado). Mientras que en Cataluña, 54 centros públicos afirmaron haber realizado IVE, frente a 20 centros privados¹¹⁸

- d. **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.
 - e. La formación que recibe el personal sanitario en materia de anticoncepción es diversa en relación al territorio. En este campo, en 7 CCAA, las consejerías de sanidad han ofrecido formación a profesionales de la salud y un tercio de las Comunidades (37,5%) dispone de programas formativos que implican a todos los estamentos profesionales sanitarios. Salvo en Cataluña y Andalucía, que cuentan con un plan específico de formación, 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.
 - f. En cuanto a la atención a la anticoncepción, 7 CCAA no disponen de programas propios de anticoncepción que, en el marco de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, pudiesen derivar en políticas públicas que mejoren el acceso a la anticoncepción¹¹⁹. Además, 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 años¹²⁰.
61. **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. Claramente, es preciso contar con un procedimiento básico común en todas las CCAA, a fin de garantizar un acceso equitativo a la interrupción voluntaria del embarazo¹²¹. Dado que las medidas actuales que rigen el principio de la objeción de conciencia tienen consecuencias negativas en el acceso de las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva, deberían modificarse. Los servicios de salud deberían adoptar medidas para garantizar que el derecho de una mujer al aborto voluntario no esté limitado por la postura del profesional sobre el principio de la objeción de conciencia¹²².
 62. **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.
 63. 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,

¹¹⁸ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Visitado el 31 de octubre de 2017). Datos Estadísticos. https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm#Tabla1

¹¹⁹ Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>

¹²⁰ Informe sobre CCAA. – FPFE: http://www.fpfe.org/wp-content/uploads/2017/02/DEF_Acceso-Anticoncepc-CC.AA...pdf

¹²¹ https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm#Tabla1

¹²² Lertxundi R, Ibarondo O, Merki-Feld GS, Rey-Novoa M, Rowlands S, Mar J. Proposal to inform European institutions regarding the regulation of conscientious objection to abortion. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2016 Jun;21(3):198-200

ni se les facilita información sobre sus derechos ni existen campañas específicas¹²³. 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 especializada¹²⁴.

64. **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. Por ejemplo, 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 mujeres¹²⁵. 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.
65. **La política de prevención del VIH se caracteriza por la insuficiencia de recursos y la ausencia de mecanismos de seguimiento a su implementación.** 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.
66. Entre las mujeres diagnosticadas en 2016, un 49,1% eran inmigrantes¹²⁶. 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.
67. **La educación sexual es una asignatura pendiente en España.** Tal como señala el Comité en su Observación General No. 22, la obligación de los estados de cumplir o realizar los DESC incluye la obligación de “proporcionar una educación para todos apropiada en función de la edad, con base empírica, científicamente exacta e integral sobre la salud sexual y reproductiva.” 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 mujeres¹²⁷.
68. Dependiendo de la Comunidad Autónoma y/o Ayuntamiento, se desarrollan distintos programas específicos o se proporciona financiación para la realización de talleres en los centros educativos. Estos son impartidos por diferentes organizaciones (organizaciones de la sociedad civil, religiosas, de la salud, políticas, empresas privadas, etc.) que abordan la educación sexual desde diversos enfoques, careciendo de una adecuada sistematización y muchas veces, de contenidos científicos actualizados.
69. España precisa de programas idóneos, cuyos contenidos se ciñan a los requisitos establecidos por la orientación normativa y la jurisprudencia de los Comités monitores de los tratados de derechos humanos. Además, se requiere un presupuesto adecuado para poder desarrollar acciones dirigidas a luchar contra los estereotipos de género tanto para mujeres como para hombres. Se deben incorporar medidas de atención a la diversidad del alumnado. 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.

¹²³ 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>

¹²⁴ Informe de Women's Link Worldwide (2012).

¹²⁵ Estimaciones de la Federación de Planificación Familiar Estatal (añadir informe).

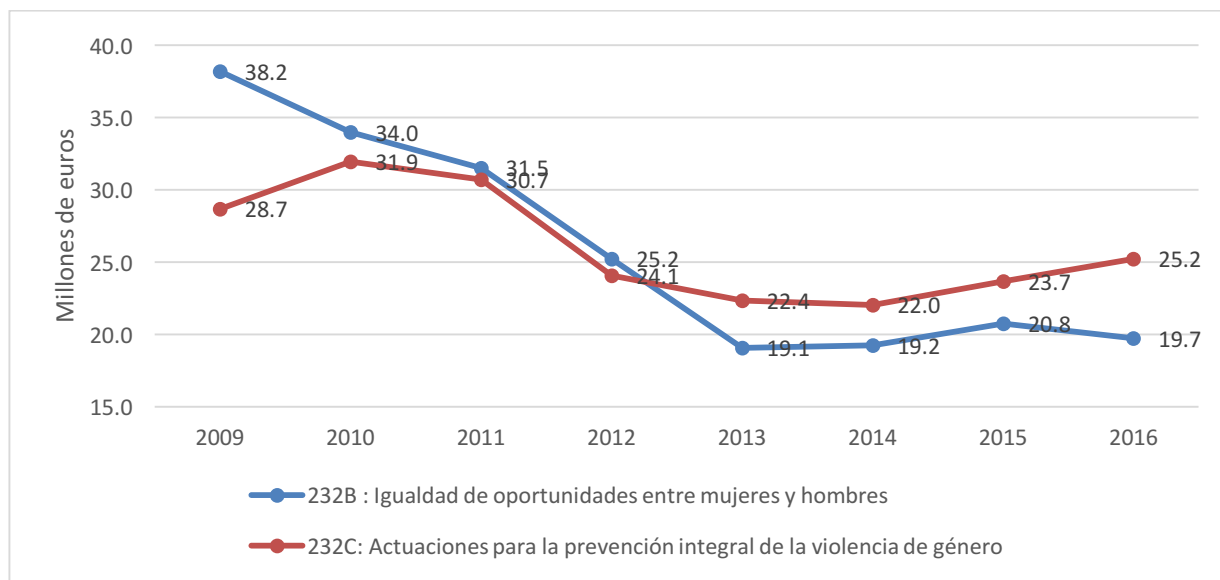
¹²⁶ Vigilancia Epidemiológica del VIH y SIDA en España (Actualización del 30 de junio de 2016):

https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIH_SIDA_2016.pdf

¹²⁷ 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.fpf.org/wp-content/uploads/2015/09/Baro_leaflet_ES_web_v3.pdf

70. **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 denuncia**¹²⁸.
71. **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. Ésta no ha logrado hacer frente a los altos niveles de violencia doméstica y de otras formas de violencia de género y sexual. 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.**
72. 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.
73. **Las medidas de austeridad adoptadas en el contexto de crisis socioeconómica también han afectado los derechos sexuales y reproductivos.** A través de estas políticas 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, 2017*¹²⁹

¹²⁸ Macroencuesta Violencia contra la Mujer 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

http://www.violenciagenero.mssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/coleccion/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf

¹²⁹ Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, 2017. Estadísticas 2008-2016 Prorrogado, Presupuestos Generales del Estado Consolidados.

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

74. 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.
75. 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.

Recomendaciones

7. 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, de todas las personas sin discriminación por razón de nacionalidad, origen, procedencia étnica estatus socio-económico.
8. El Estado debe modificar el Real Decreto Ley 16/2012, por tratarse de una medida regresiva y discriminatoria contraria al PIDESC. En tal sentido, el Estado deberá elaborar un análisis público de impacto que evalúe el efecto que esta medida ha tenido sobre la salud individual y colectiva de las personas que viven en España. Igualmente deberá adoptar la legislación necesaria para restablecer la sanidad universal en España, garantizando que ninguna persona bajo su jurisdicción, independientemente de su situación administrativa, sea objeto de discriminación en relación con el derecho a la salud.
9. El Estado debe eliminar las barreras de acceso (copagos) a las prestaciones asistenciales, especialmente para aquellas personas de bajas rentas y/o enfermas crónicas
10. El Estado debe garantizar una financiación suficiente para la Sanidad Pública, recuperando los presupuestos previos a los recortes (el 6,7% sobre el PIB) y estableciendo sistemas de reparto entre las CCAA acordes con las necesidades de salud para evitar las desigualdades interterritoriales y un acceso equitativo de todas las personas a la atención sanitaria.
11. El Estado 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 (sin importar la situación administrativa o la edad y poniendo el énfasis en las diferentes vulnerabilidades y discriminaciones).
 - Supervisando que la objeción de conciencia de profesionales no se convierta en una barrera para las mujeres que quieren realizar una interrupción voluntaria del embarazo.
 - Ampliando la legislación a las violencias de género fuera del marco de la pareja o expareja, dotándolas también de asistencia, protección, justicia y reparación.
 - Asignando un presupuesto adecuado que permita abordar todas las áreas relacionadas con la salud y los derechos sexuales y reproductivos.
 - Financiando de forma adecuada los programas para enfrentar la violencia machista y promover la equidad de género.

- **Asegurando que las políticas económicas y sociales adoptadas tengan en cuenta las diferentes consecuencias sobre los derechos de las mujeres y la igualdad, tal y como recomendó el Comité de la CEDAW en 2009.**

ARTÍCULO **El derecho al trabajo y los derechos laborales**¹³⁰

6

76. **España tiene la segunda tasa de desempleo más alta de la Unión Europea: seis de cada diez personas que entraron en paro en la última década residen en España.** Uno de los ejemplos más graves del impacto negativo de la crisis económica sobre los derechos humanos en España es el profundo retroceso producido en el disfrute del derecho al trabajo. Pese a que el mercado laboral presenta signos de recuperación, los derechos laborales en España continúan siendo menoscabados. La tasa de paro permanece en niveles de 16%, la segunda más alta de Europa. Entre 2008 y 2017, seis de cada diez personas que entraron en paro en la Unión Europea residían en España¹³¹. A noviembre de 2017, 3.8 millones de personas en España permanecían desempleadas. Más de 1.2 millones de hogares tenían a todos sus miembros en paro al finalizar el 2017¹³².
77. **El paro en España también afecta desproporcionadamente a determinados colectivos en situación de marginación, particularmente a los jóvenes, las personas migrantes y la población gitana.** La tasa de paro permanece en niveles explosivos del 44% en 2016, la segunda más alta de toda Europa, solo superada por Grecia¹³³. Las tasas de paro juvenil en España continúan duplicando o hasta triplicando a las de la población en general en los diferentes sectores económicos¹³⁴. Adicionalmente, en 2016, un 14.6% de la población juvenil en España no estudiaba, ni trabajaba ni estaba buscando empleo, cifra superior al promedio de la Zona Euro (11,6%)¹³⁵. Esta cifra asciende al 77% para el caso de la juventud gitana, frente a la media de 63% en el conjunto de la Unión Europea¹³⁶. Esto indica que el Estado no está consiguiendo una transición efectiva entre la escuela y el mercado laboral, ni favoreciendo oportunidades para acceder a este. Las repercusiones a medio y largo plazo de este fenómeno se perfilan extremadamente preocupantes, particularmente para quienes están buscando el acceso al primer trabajo, y España corre el riesgo de afrontar una “generación perdida.”
78. **La precariedad salarial en España ha aumentado y afecta desproporcionadamente a las mujeres.** Según el Sindicato de Técnicos del Ministerio de Hacienda, más de 8.1 millones de personas (el 47% de la población) en 2015 sufrían de precariedad salarial, definida como el ingreso total combinado de los hogares igual o inferior a € 12.000 por año o los hogares que no reciben ningún ingreso, mientras que en el 2007 lo estaba el 39,9%. Para el caso de las personas trabajadoras autónomas, solo dos de cada cien superan el umbral de los 1.000 euros de ingresos mensuales¹³⁷. El salario anual de una persona joven de 26 años que accede al mercado laboral es hoy un 33% inferior al del 2008¹³⁸. Las mujeres perciben salarios más bajos que los hombres tanto en los tramos más altos como en los más bajos de la

¹³⁰ El presente apartado responde a la pregunta 2 de la Lista de Cuestiones: “Sírvanse proporcionar información sobre la manera en que las reformas del Mercado de trabajo introducidas en 2012, la estrategia española de empleo y los planes anuales de política de empleo han contribuido a reducir el desempleo, en particular entre los jóvenes y los parados de larga duración. Indíquese también la manera en que los agentes sociales han participado en el desarrollo y la aplicación de estas iniciativas:

¹³¹ Eurostat, 2018. <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

¹³² Instituto Nacional de Estadística, 2018. Encuesta de Población Activa, cuarto trimestre de 2017. Disponible en: <http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0417.pdf>

¹³³ Eurostat, 2017. Unemployment by sex and age - annual average (une_rt_a). <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

¹³⁴ Consejo Económico y Social, 2017, Memoria sobre la Situación Socioeconómica y Laboral, España 2016, http://www.ces.es/documents/10180/4959569/Memoria_Socioeconomica_CES2016.pdf, p. 293

¹³⁵ Eurostat, 2017. http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ifsi_neet_a&lang=en

¹³⁶ El Periódico, 2017. ‘77% de gitanos jóvenes en España ni estudia ni trabaja, más que media de UE’ (30 de agosto), Disponible en: <http://www.elperiodico.com/es/sociedad/20170830/77--de-gitanos-jovenes-en-espana-ni-estudia-ni-trabaja-mas-que-media-de-ue-6254745>

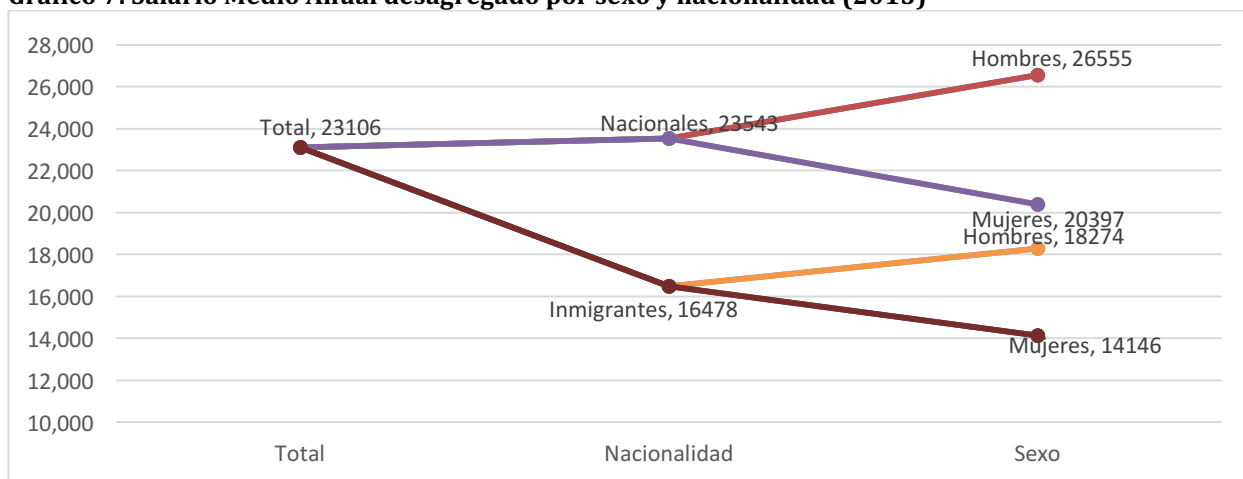
¹³⁷ Sindicato de Técnicos del Ministerio de Hacienda (GHESTA), 2017. “Solo dos de cada cien autónomos admiten que ganan más de 1.000 euros mensuales” <http://www.gestha.es/index.php?seccion=actualidad&num=498>

¹³⁸ Oxfam Intermón, 2018. “¿Realidad o ficción? La recuperación económica, en manos de una minoría”, p. 21.

escala salarial, pero particularmente en estos últimos: entre el 10% con más bajos salarios las mujeres cobren un 14% menos que los hombres, mientras que entre el 10% con salarios más altos, las mujeres cobran 4,5% menos¹³⁹.

79. **Existen crecientes disparidades salariales y en el tipo de inserción laboral por criterios como el género o el origen nacional.** Las disparidades salariales entre tramos de ingresos se han ampliado: según cálculos de Oxfam Intermón, mientras entre 2008-2016 el salario promedio del 0,3% de mayores ingresos aumentó 15,1%, el del 10% más pobre cayó 15%¹⁴⁰. Estas diferencias no son neutrales en términos de género: mientras que entre el 10% de la población con menores salarios en España 7 de cada 10 personas son mujeres, en cambio, entre el 10% con salarios más altos, solo cuatro de cada 10 lo son¹⁴¹. Esto se explica en buena medida por la persistencia de la discriminación laboral: las mujeres se concentran en gran medida en el trabajo precario a tiempo parcial, representando el 73,4% de los contratos a tiempo parcial y solo el 40,5% de los contratos permanentes. Además, las mujeres españolas ganaban apenas el 76% de los salarios masculinos en promedio en 2015. Las personas migrantes afrontan una brecha salarial aun mayor con respecto a las nacionales, pues ganan solo el 63% de lo que ganan estas. La mujer migrante promedio gana el 53% de lo que ganan en promedio los hombres españoles, lo que sugiere un fuerte grado de discriminación múltiple en el ámbito laboral.

Gráfico 7: Salario Medio Anual desgregado por sexo y nacionalidad (2015)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2017¹⁴².

80. **Las rentas de los trabajadores han perdido terreno tanto en la crisis como en la recuperación económica**¹⁴³. Aunque ha habido una tendencia general a la baja en la participación del trabajo en los ingresos totales en las economías avanzadas durante décadas, el deterioro de la participación salarial en España ha sido particularmente fuerte. **Se trata de un crecimiento económico sin trabajo decente, que por ende no revierte en progresos sustanciales en los DESC.** Desde 2009, el peso de la remuneración salarial en la renta nacional ha caído en 4 puntos del PIB. La débil recuperación económica no se ha visto reflejada en un incremento de la participación de las rentas del trabajo en el ingreso nacional. Por el contrario, estas han seguido cayendo desde 2015 (ver gráfico). Esta caída tan fuerte en la participación del ingreso laboral en el PIB alimenta la desigualdad y la privación de los derechos económicos y sociales, ya que restringe el consumo de los hogares, debilita la recaudación fiscal, endurece la inmovilidad social y sugiere que las personas trabajadoras y sus familias no están recibiendo una remuneración adecuada ni una parte justa de la riqueza que crean en la economía. Desde 2012, la productividad por hora trabajada ha crecido diez veces más que el salario promedio. Mientras

¹³⁹ Oxfam Intermón, 2018. "¿Realidad o ficción? La recuperación económica, en manos de una minoría", p. 25.

¹⁴⁰ Oxfam Intermón, 2018. "¿Realidad o ficción? La recuperación económica, en manos de una minoría", p. 21.

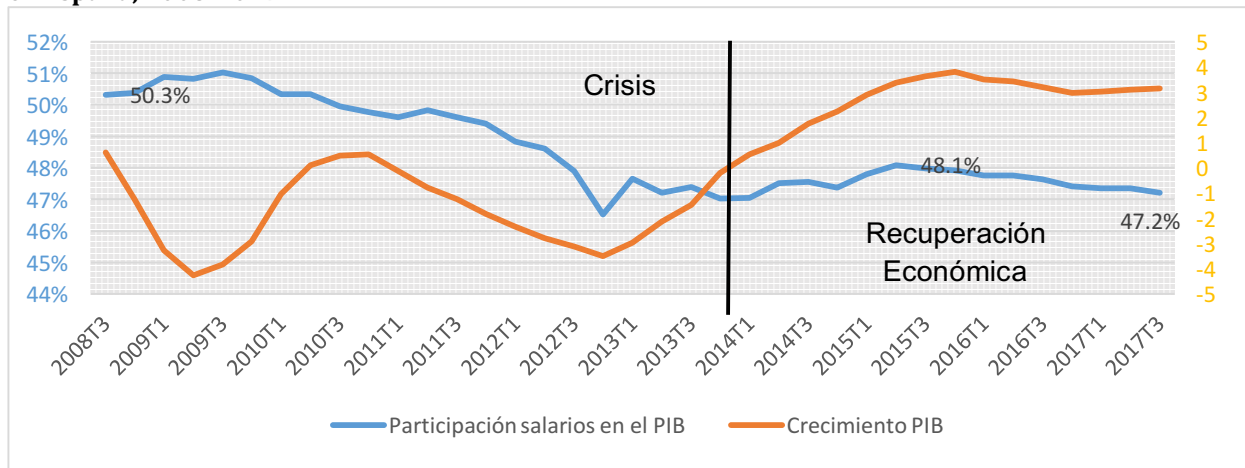
¹⁴¹ Oxfam Intermón, 2018. "¿Realidad o ficción? La recuperación económica, en manos de una minoría", p. 25.

¹⁴² Instituto Nacional de Estadística, Encuesta Anual de Estructura Salarial, 2015, <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t22/p133/cno11/serie/I0/&file=03005.px>

¹⁴³ OCDE, 2012. Reducing Income Inequality while boosting economic growth: can it be done? <https://www.oecd.org/eco/growth/49421421.pdf>, p. 186.

tanto, los beneficios empresariales crecieron en 2016 un 200,7% continuando una tendencia al alza desde 2013¹⁴⁴.

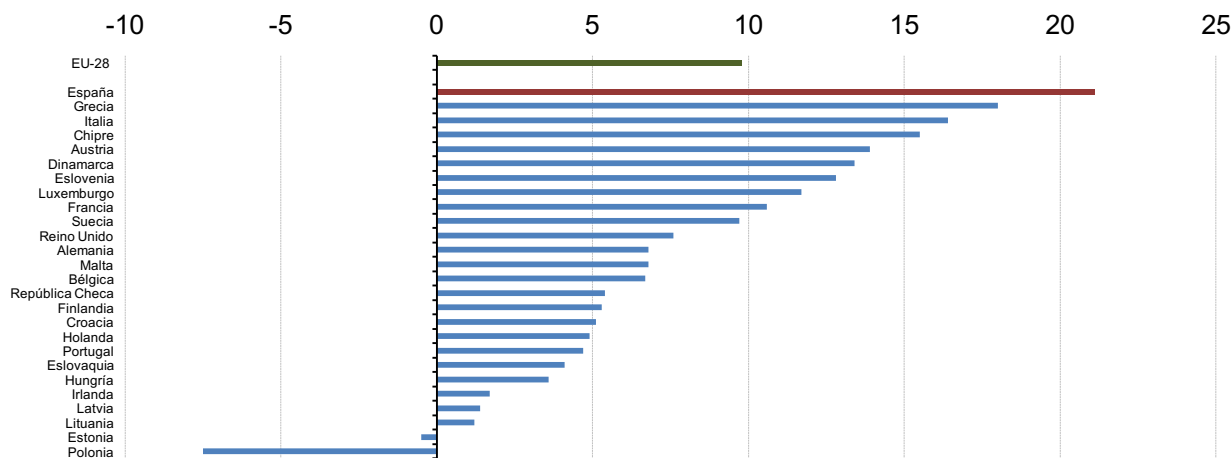
Gráfico 8. Crecimiento económico (interanual) y evolución de la participación de los salarios en el PIB en España, 2008-2017.



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas¹⁴⁵

81. **El empleo vulnerable sigue en aumento.** Desde el inicio de la crisis y aun durante el período de recuperación económica, el porcentaje de trabajadores en riesgo de pobreza o exclusión social no ha parado de incrementar. Mientras que en 2010 el 10,8% de los trabajadores se encontraban en esta situación, en 2016 lo estaban el 13,1% (la tercera tasa más alta de toda Europa, después de Rumania y Grecia)¹⁴⁶. España tiene, de lejos, la brecha más alta en empleo vulnerable entre nacionales y extranjeros de toda la unión Europea.

Gráfico 9. Brecha entre trabajadores en riesgo de pobreza nacionales y extranjeros en países de la Unión Europea, población entre 20-64 años, 2015.



Fuente: Eurostat, 2017¹⁴⁷

¹⁴⁴ Oxfam Intermón, 2018. "¿Realidad o ficción? La recuperación económica, en manos de una minoría", p.15-17.

¹⁴⁵ Datos de la Contabilidad Nacional Trimestral, base 2010 del INE. Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736164439&menu=resultados&idp=1254735576581, consultado el 1 de febrero de 2018

¹⁴⁶ Eurostat, 2017. In-work at risk-of poverty rate. <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>, consultado el 1 de febrero de 2018.

¹⁴⁷ Eurostat, 2017. In-work at-risk-of-poverty rate by broad group of country of birth (population aged 18 and over), http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc_iw16&lang=en [ilc_iw16]

Recomendaciones

12. El Estado debe detener el retroceso en el ámbito de los derechos laborales y plantear reformas orientadas a promover un modelo económico sostenible, así como fomentar el acceso al mercado laboral, luchar contra la precariedad, fortalecer la negociación colectiva y eliminar los obstáculos que impiden la inserción laboral de aquellos colectivos vulnerables con mayores tasas de desempleo.
13. El Estado deberá priorizar una recuperación económica basada en la promoción del trabajo decente, y combatir el abuso de la subcontratación, la temporalidad y la contratación a tiempo parcial.
14. El Estado deberá aprobar un plan específico de fomento del empleo juvenil, con una perspectiva de derechos humanos y facilitar el acceso de las personas jóvenes al mercado laboral, con trabajo digno, estable, equitativamente remunerado y que se corresponda con el nivel de cualificación.
15. El Estado requiere adoptar una estrategia para cerrar las brechas en la inserción laboral y en los salarios entre hombres y mujeres, que incluya la provisión de educación pública gratuita de cero a tres años, estrategias para la conciliación de la vida laboral y familiar, y la incorporación de un enfoque de género a la inspección laboral.