

Los efectos de los recortes sociales y sanitarios en la salud y calidad de vida de las mujeres

Marián Uría Urraza

Socióloga de la salud.

Instituto Asturiano de la salud.

La situación de partida: una doble tarea a nuestras espaldas y peores niveles de salud.

En un modelo de estado "familiarista" como es el de nuestro país, las mujeres hemos venido haciéndonos cargo de forma mayoritaria y no remunerada del trabajo reproductivo. Esto nos condiciona no solo la incorporación al mercado laboral, sino también el mantenimiento en el mismo (1). Y esto se produce en mayor medida en aquellos hogares en los que las mujeres tienen bajos niveles educativos. Es un trabajo invisible y no pagado, que según los estudios de Ángeles Durán (2) llega a suponer el 53% del Producto Interior Bruto (PIB).

Dedicamos muchas horas a los cuidados y las tareas del hogar, debido a una escasa corresponsabilidad de los hombres y la limitada provisión de recursos sociales, que tienen una amplia cobertura en los países nórdicos, como son las guarderías o las escuelas de 0 a 3 años y otros recursos para el cuidado de personas dependientes, como los centros de día. En esta situación y, como ocurre en otros países del Sur de Europa, somos las "supermujeres"¹ las que sostenemos el funcionamiento del ámbito doméstico, con el inestimable apoyo de las abuelas y, en los casos en que nos lo podemos permitir, de mujeres contratadas, inmigrantes en un alto porcentaje. Que España tenga uno de los más bajos niveles de fecundidad de Europa no puede desligarse de esta situación.

Según la Encuesta de Empleo del Tiempo del INE de 2009-2010 (3), las mujeres dedicamos 4,29 horas diarias al cuidado del hogar y la familia y los hombres 2,32. Así pues, sumados los tiempos de trabajo en el mercado laboral y en el hogar, las mujeres tenemos poco tiempo para dedicarlo a aficiones, ocio, deporte, participación política, es decir poco *tiempo propio*, que sí tienen en mayor medida los hombres.

Cobramos como media un 22% menos y trabajamos, en mayor proporción que los hombres, a tiempo parcial y con contratación temporal y, fundamentalmente, en el sector servicios (4).

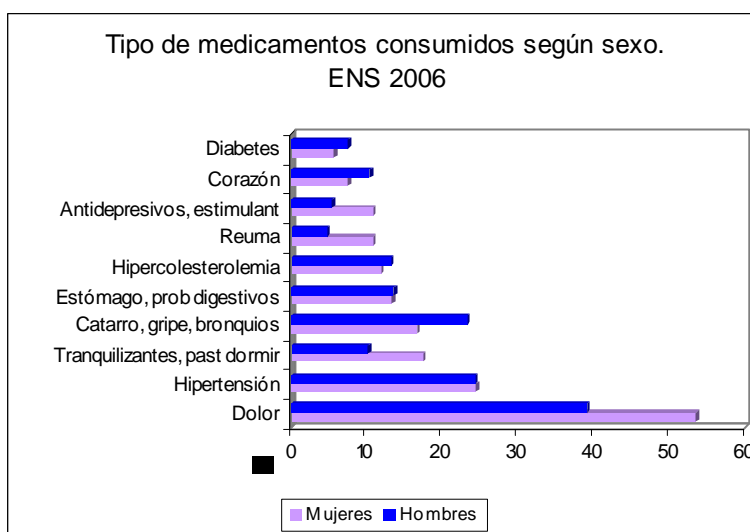
¹ En su artículo *Bienestar mediterráneo y "supermujeres"* (CSIC), se refiere Luis Moreno a las que con su hiperactividad han sido capaces de conciliar su trabajo no remunerado en el hogar con sus cada vez mayores y más exigentes actividades profesionales en el mercado laboral formal.
<http://digital.csic.es/bitstream/10261/21146/1/03.pdf>

La doble tarea que nos hace entrar y salir del mercado, en función de las necesidades familiares, dificulta o paraliza nuestra carrera profesional.

Como resultado de todo ello, tenemos menor posibilidad de percibir prestaciones por desempleo, siendo además de menor cuantía y, al llegar la edad de jubilación, obtenemos también menos y más bajas pensiones contributivas, lo que conlleva la necesidad de solicitar pensiones no contributivas (PNC) o el Salario Social, que no está implantado en todas las Comunidades Autónomas. Todo ello hace que las mujeres estemos en mayor riesgo de pobreza.

Con esta situación, no parece extraño que aunque nuestra esperanza de vida es más alta: 85 años frente a 79 en los hombres, vivimos más años en ausencia de buena salud. Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de 2006 (5), padecemos más enfermedades crónicas que los hombres, sobretodo aquellas que generan dolor, como artrosis (29% frente a 14%), dolores de espalda cervical y lumbar (29% frente a 19%) o varices (26% frente a 7%). Pero lo que llama la atención es la depresión o ansiedad que son señaladas por un 19% de mujeres frente a un 8% de hombres. También mencionamos en estas encuestas peor calidad de vida, valoramos peor nuestra salud y manifestamos más tristeza y estrés.

La sobrecarga debida a la doble tarea genera un malestar que muchas veces es difícil de concretar en consulta. Tomamos medicamentos en mayor medida: 69% de mujeres frente a un 55% de hombres habían tomado algún medicamento en las dos semanas anteriores a la encuesta. Y de quienes los habían consumido, un 53% de mujeres habían tomado medicación para el dolor frente a un 39% de hombres. Casi una cuarta parte de mujeres y hombres tomaron fármacos para la hipertensión, y el consumo de medicación para la hipercolesterolemia era también elevado. Pero llama la atención el consumo de psicofármacos: un 17% de mujeres señaló haber tomado tranquilizantes o pastillas para dormir y un 11% antidepresivos, siendo estos consumos casi el doble de los señalados por los hombres.



Este llamativo consumo de fármacos forma parte del proceso de medicalización del conjunto de la población y de la vida de las mujeres en particular. El fenómeno conocido como "disease mongering" o promoción de enfermedades que denuncia Ray Moynihan en sus artículos del BMJ (6), hace que hayan aparecido fármacos para abolir la regla o para la "disfunción sexual" femenina y se fomente la "epidemia" de osteoporosis con su consabida medicación. Se siguen patologizando procesos naturales, sobre todo los que tienen que ver con nuestra salud reproductiva (regla, embarazo, parto, menopausia) y se continúa administrando a las adolescentes una vacuna contra el virus del papiloma humano, que está cuestionada por un gran número de profesionales y sociedades científicas (7,8). Sin embargo, ante algunos problemas graves, como el infarto agudo de miocardio, se produce una atención más tardía y se hace un menor esfuerzo terapéutico, lo que implica una mayor letalidad en las mujeres, una vez ocurrido el infarto (9).

Y en esto llegó la crisis

Desde 2008, pero con especial virulencia en estos dos últimos años, la crisis está instalada en nuestro país. En realidad, el desmantelamiento del ya precario estado de bienestar que teníamos, supone un cambio de modelo social que nos afecta especialmente a las mujeres: se incrementa el desempleo y la precariedad laboral y los recortes en el sistema sanitario y en los servicios sociales y la enseñanza nos perjudican doblemente: como trabajadoras y como responsables de los cuidados.

La tasa de desempleo, siempre superior en las mujeres, casi se ha equiparado, debido a un más temprano impacto de la crisis en sectores masculinizados como la construcción y la industria, pero ya en los últimos trimestres de 2012 se ve que la brecha de género empieza a abrirse de nuevo, con el impacto de los despidos en los sistemas sanitario y social y en empresas del sector servicios.

Pero, a la vez, hay una mayor necesidad de incorporación de las mujeres al mercado, al desaparecer los empleos de las parejas: la tasa de actividad de las mujeres sigue creciendo, mientras que disminuye la de los hombres, tal como señala la Encuesta de Población Activa (10).

Comienza el desmantelamiento del Sistema Sanitario

En esta situación de pérdida de empleo y precariedad laboral y, por tanto, de empobrecimiento, se aprueba el Decreto Ley 16/2012 (11), que plantea un nuevo modelo sanitario que limita el acceso a amplios sectores de la población. De un *modelo universal* de derechos, se pasa a otro de *aseguramiento*, en el que solo las personas que permanezcan en activo o que sean receptoras de pensiones u otras prestaciones, o dependan de quienes estén en activo, tendrán derecho a la atención sanitaria.

Es decir, que deja fuera a los colectivos más vulnerables. Así, quedan excluidas las personas inmigrantes no regularizadas (salvo para la atención de urgencia) y las y los mayores de 26

años que no han trabajado o que lo han hecho sin cotizar y, por tanto, no perciben ninguna prestación. En este caso, si no tienen cobertura de una pareja, han de declararse insolventes para conseguir la tarjeta sanitaria.

Pero no solo se contempla la exclusión del sistema, sino que quienes tienen cobertura, también pierden prestaciones, dado que se plantean tres tipos de cartera de servicios: 1) *básica* (prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y transporte sanitario urgente), 2) *suplementaria* (prestación farmacéutica, prótesis y transporte no urgente) y 3) *accesoria* (servicios "no esenciales" aún por definir), teniendo la persona usuaria que hacerse cargo de un co/re-pago en estos dos últimos supuestos.

La prestación farmacéutica, antes gratuita para pensionistas, deja de serlo, lo que está suponiendo un desembolso económico, muchas veces inasumible, para quienes tienen pensiones contributivas bajas o cobran PNC, cuestión mucho más frecuente en el caso de las mujeres, como ya se ha señalado.

Y ¿qué va a pasar con prestaciones como la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) que desde 2010 estaba incluida de forma gratuita como prestación sanitaria, a pesar de los problemas de acceso y desigualdades que se vienen dando en algunas CCAA? Las modificaciones a la actual ley con las que viene advirtiendo el Ministro de Justicia, podrían suponer una vuelta al pasado y un riesgo para la seguridad y la vida de las mujeres.

También se recortan los ya escasos Servicios Sociales y se encarece la enseñanza.

La conocida como Ley de Atención a la Dependencia de 2006, ha sufrido una importante modificación en agosto de 2012 (12). Si aún no había tenido un desarrollo suficiente, se había "cronificado" la responsabilidad del cuidado en las cuidadoras familiares y se venían dando grandes desigualdades entre las CCAA, ahora se proponen modificaciones que harán aún más difícil el acceso y la garantía de atención.

Desparece la cotización por la ya exigua paga a las cuidadoras, que también disminuye en un 15%. Las y los dependientes moderados no entrarán en el sistema hasta 2015, se valorará la renta familiar para conceder la prestación y la cuantía (cuestión contraria a la Ley) y las CCAA podrán disminuir aún más las prestaciones.

Por otro lado, en aquellas CCAA en las que hay Salario Social o una prestación similar, comienzan las amenazas de restricciones económicas y se incrementan las condiciones necesarias para poderlo percibir. Estas prestaciones son fundamentales para muchas mujeres, como son las sustentadoras de familias monoparentales sin ingresos.

Los ayuntamientos, aduciendo recortes en sus presupuestos, están teniendo problemas para aportar las ayudas de emergencia y están restringiendo de forma muy importante las becas de comedor, que garantizan para algunos chicos y chicas la única comida en condiciones del

día. Pero en algunos lugares, además hay que pagar por ir con el tupper a la escuela, ante lo cual se han producido ya movilizaciones de madres y padres.

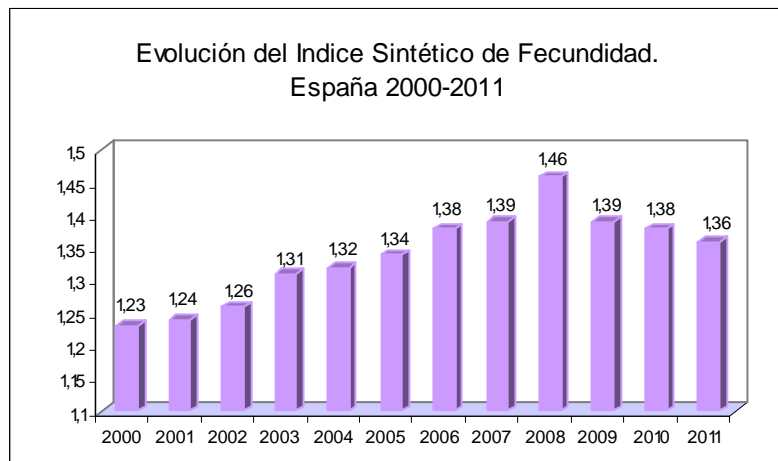
En el ámbito educativo, además del importante recorte en los Presupuestos Generales del Estado y de la subida del precio de los libros de texto y del material escolar, la nueva Ley de Enseñanza (LOMCE) trae consigo un planteamiento enfocado al mercado y que favorece la enseñanza concertada y segregada por sexos. Se incrementa el número de horas docentes y de alumnado por aula, desaparece la Educación para la Ciudadanía y disminuyen diversas opciones formativas, así como actividades extraescolares. Se restringe el número de becas y se dificulta la accesibilidad a las mismas. Desaparece el crecimiento de escuelas de cero a tres años, fundamental para la incorporación de las mujeres al mercado.

El previsible y, en algunos casos, ya constatado impacto de la crisis en la salud de las mujeres.

Si partimos de que la salud y el bienestar de una población están condicionados por una serie de determinantes como son: una situación socioeconómica y medioambiental favorables, la posibilidad de practicar estilos de vida (alimentación, ejercicio físico) saludables y una accesibilidad al sistema sanitario en equidad, la precariedad que se va generalizando en la sociedad española, a buen seguro que provocará una precarización de la salud. Ya se aprecian cambios en algunos indicadores.

Tras una tendencia al alza, que en ningún caso llegó a acercarse al reemplazo generacional, el Índice Sintético de Fecundidad (número medio de hijos por mujer) comenzó a descender a partir de 2008 y continúa haciéndolo, como se puede apreciar en la figura, siendo 1,36 en 2011, uno de los más bajos de Europa (13). La tasa de IVE ha venido fluctuando entre 2007 y 2010 y en 2011 se aprecia un incremento con respecto al año anterior, observándose subidas en la mayoría de las CCAA (14).

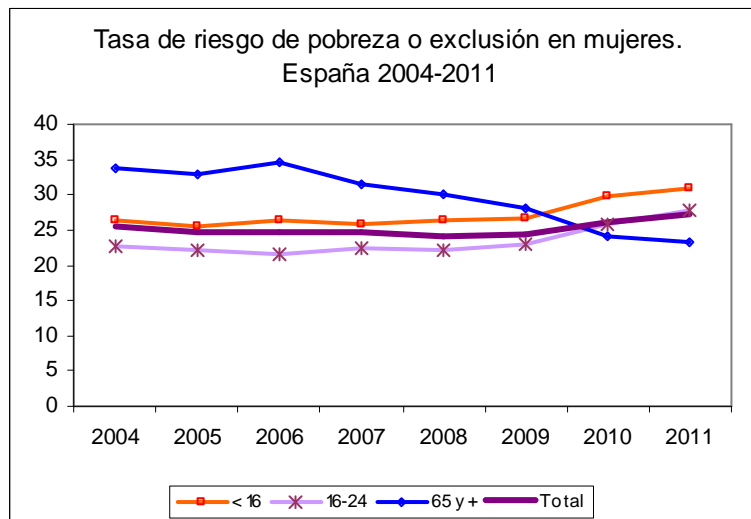
El planteamiento de tener descendencia está ligado a contar con expectativas de futuro y, lógicamente, el descenso de los nacimientos y el incremento de las IVE son una plasmación de la situación que estamos atravesando (15). Sin embargo, las dificultades de acceso a la interrupción del embarazo que se vislumbran, tanto por las amenazas de una ley más restrictiva, como porque la IVE deje de ser una prestación cubierta por la sanidad pública, podrán generar incluso situaciones de riesgo para la salud de las mujeres. Por el momento, las inmigrantes sin regularizar ya no pueden acceder a esta prestación de forma gratuita.



La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) ha presentado un comunicado (16) que analiza los posibles efectos de la crisis en la salud. Alertan especialmente sobre los problemas de salud mental (trastornos ansioso-depresivos), el aumento de los consumos (tabaco, alcohol) y los problemas de tensión que se generarán en el entorno familiar, por ejemplo los provocados por el retorno a casa de hijos o hijas con sus propias familias, por el desempleo de varios o todos los miembros del hogar, desahucios, etc.

Señala el informe cómo todo ello afectará de forma especial a personas inmigrantes, a las no cualificadas y a quienes formen parte de colectivos vulnerables, como son las mujeres acuciadas por situaciones de precariedad, sobrecarga, falta de expectativas y con riesgo de exclusión social, por ejemplo las titulares de familias monoparentales.

Según la Encuesta de Condiciones de Vida del INE (17), el riesgo de pobreza y exclusión aumenta y afecta ahora en mayor medida a las y los menores de 16 años: 31% y 29% de las chicas y chicos esta edad. Cáritas, Cruz Roja y otras ONGs están denunciando que ya se aprecian problemas de desnutrición en criaturas. Aunque se observa un descenso en la incidencia del riesgo de pobreza en mujeres de 65 y más años, estas presentan también mayores porcentajes de pobreza que los hombres, con las consiguientes consecuencias en nutrición, posibilidad de compra de medicamentos, etc.



Las Secretarías de la Mujer de los sindicatos (18) están dando también la voz de alarma, señalando que las peores condiciones de trabajo y vida están haciendo enfermar a las mujeres, teniendo en cuenta que se parte de una situación de desventaja (19).

Plantea también el informe SESPAS que el estrés duradero se ha relacionado con diabetes, hipertensión, accidentes cerebro-vasculares, aumento de suicidios, etc. La tasa de suicidios siempre ha sido más alta en hombres, desde edades tempranas, y existen diversos estudios que lo relacionan con el desempleo (20). En España entre 2006 y 2007 se ha observado un incremento del número de suicidios, tanto en mujeres como en hombres, más significativo en estos. De momento, solo se cuenta con datos hasta 2010 y será necesario vigilar su evolución en estos años, en los que frecuentemente los medios de comunicación están visibilizando casos, tanto de mujeres como de hombres, relacionados con desahucios y situaciones desesperadas.

Aún no se han publicado datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2011, pero será necesario analizar y visibilizar los probables cambios que se observarán con respecto a la de 2006, tanto en problemas de salud como en estilos de vida y acceso a las prestaciones sanitarias.

Aprovechar la crisis para introducir cambios en el sector sanitario: mejorar la eficiencia y buen uso de recursos y reducir la medicalización.

Pero a pesar de esta situación de desmantelamiento del sistema sanitario público, alegando la "insostenibilidad" del mismo, parece que la tecnología y la industria farmacéutica siguen a salvo (21). Se siguen utilizando medicamentos demostradamente iatrogénicos, que están cuestionados o que tienen escaso valor clínico. Lo mismo ocurre con dispositivos y aparatos cuya eficacia no está claramente demostrada y con técnicas y procesos que son sobreutilizados, como la mamografía, la citología, la densitometría, etc.

Por tanto, no podemos dejar pasar este momento de crisis sin dejar de hacer hincapié en la necesidad de racionalizar el gasto en farmacia y en tecnología. Asimismo es necesario mejorar la planificación, la coordinación, la transparencia, la calidad y la gestión del sistema sanitario.

Es fundamental que las mujeres y toda la ciudadanía defendamos unas condiciones de vida dignas y rechacemos recortes en derechos y prestaciones que hemos tardado tantos años en conseguir; pero sí que los exijamos en intervenciones que son iatrogénicas o inadecuadas y que recuperemos el control y la autonomía personal como garantía de salud.

Marian Uria Urraza (socióloga de la salud), Carmen Mosquera Tenreiro (epidemióloga) y Gema Coira (médica de familia). Asturias.

Bibliografía

1. Esping-Andersen, Gosta. Modelos de Sociedad, demografía, economía y políticas públicas. Un nuevo contrato de género.
http://www.ief.es/documentos/investigacion/genero/LG_Esping_Andersen.pdf
2. Durán Heras, Ángeles. El trabajo no remunerado en la economía global. Fundación BBVA, 2012.
3. INE. Encuesta de Empleo del Tiempo. 2009-2010.
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft25%2Fe447&file=inebase&L=0>
4. INE. Encuesta de estructura salarial.
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t22/p133&file=inebase&L=0>
5. INE. Encuesta Nacional de Salud. 2006.
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419&file=inebase&L=0>
6. Moynihan, Ray, Heath, Iona and Henry, David. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002; 324: 886.1 <http://www.bmj.com/content/324/7342/886.1/>
7. Segura, Andreu. Los pros y contras de una vacuna. Diario El País. Tribuna: Debates de Salud Pública. http://elpais.com/diario/2007/09/11/salud/1189461605_850215.html
8. SEMFYC considera precipitada la decisión de introducir en España la vacuna del virus del papiloma humano en el calendario vacunal.
http://samfycaragon.es/index.php?option=com_content&task=view&id=207&Itemid=267
9. Sans Menéndez, Susana. Enfermedades Cardiovasculares. Observatorio de Salud de las Mujeres
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/07modulo_06.pdf
10. INE. Encuesta de Población Activa (EPA)
http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t22/e308_mnu&file=inebase&L=0

11. BOE. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Real Decreto Ley 16/2012 de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
<http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>
12. BOE. Jefatura del Estado. Resolución de 13 de julio de 2012 de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad por la que se publica el acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para la mejora del sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
<http://www.boe.es/boe/dias/2012/08/03/pdfs/BOE-A-2012-10468.pdf>
13. INE: Indicadores demográficos básicos.
http://www.ine.es/inebmenu/mnu_dinamicapob.htm
14. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Interrupciones Voluntarias del Embarazo. Estadísticas anuales
<http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm#publicacion>
15. Morán, Carmen. Diario El País. Sociedad. Batacazo en la fecundidad.
http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/06/29/actualidad/1340964959_707379.html
16. SESPAS. El impacto en la salud de la población de la crisis económica y las políticas para abordarla. Resumen del Comunicado.
http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/V09_Crisis_economica_y_salud_SESPAS%203_X.pdf
17. INE. Encuesta de Condiciones de Vida 2012.
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft25%2Fp453&file=inebase&L=0>
18. Secretaría de la Mujer de CCOO. Europapress. Aumentan por la crisis los problemas sanitarios, especialmente en las mujeres.
<http://www.europapress.es/salud/noticia-aumentan-crisis-problemas-sanitarios-especialmente-mujeres-20120605170154.html>
19. Nogueira, Charo y Morán, Carmen. Diario El País. Sociedad. La crisis se ceba con las mujeres.
http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/03/06/vidayartes/1331064083_564938.html
20. Barr, Ben et al. Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. *BMJ* 2012;345:e5142
<http://www.bmj.com/content/345/bmj.e5142>
21. Lores, Luisa. Federación de Asociaciones en Defensa de la Salud Pública (FADSP). La privatización, el hiperconsumo y la insostenibilidad del Servicio Nacional de Salud. Web NoGracias diciembre 2012
<http://www.nogracias.eu/wp-content/uploads/2012/12/hiperconsumo-y-privatizaci%C3%B3n.doc>