



European  
AIDS Treatment  
Group

## **DOCUMENTO DE TRABAJO SOBRE EL IMPACTO DE LAS POLÍTICAS DE AUSTERIDAD EN LA RESPUESTA AL VIH/SIDA EN EL ESTADO ESPAÑOL**

1. Introducción.	2
2. La situación epidemiológica en España.	3
3. Cómo afectan las medidas de austeridad a la respuesta a la pandemia en España.	6
3.1    Descapitalización política y el menoscabo de interlocución de la Sociedad civil.	6
3.2    La descapitalización económica y humana.	7
3.3    Recortes en las campañas de prevención y acceso a cuidados.	10
3.4    La descapitalización de la investigación.	12
4. Acciones de presente y futuro.	13
5. Referenciaa.	15

## 1. INTRODUCCIÓN:

La crisis económica y las políticas de austeridad ejecutadas por el gobierno de España están empezando a tener un efecto deletéreo en los grandes avances que el país había logrado en la década de los 80-90 en sanidad, servicios sociales y atención a grupos más desfavorecidos. El ordenamiento territorial de España, 17 comunidades autónomas con competencias en los servicios arriba señalados, ha contribuido a que la situación no sea homogénea en todo el estado. Si bien la legislación nacional y los recortes en los presupuestos efectuados por el gobierno central han sido seguidos por la mayoría de gobiernos autonómicos, otros en cambio han reaccionado no poniendo en práctica algunos de dichos recortes o incluso elevando al tribunal constitucional algunas leyes que, como el RD 16/2012, elimina el acceso universal a la salud en España, impone serias barreras al acceso al sistema sanitario a personas en situación irregular o a nacionales no asegurados y establece el copago para ciertos servicios y medicamentos. La situación es por tanto heterogénea, acentuándose la desigualdad interterritorial. Con carácter general se puede afirmar que la reducción económica por parte del gobierno central a políticas de salud pública en VIH/sida ha sido cercana al 90%, la relevancia de organismos cruciales para la respuesta a la pandemia, como el Plan Nacional del Sida, se ha visto mermada al ser suprimido su rango de Secretaría en la administración y pasar a formar parte de direcciones generales más amplias, y la articulación de la participación de la sociedad civil en la elaboración de las políticas de atención y prevención, incluyendo el nuevo plan multisectorial actualmente en elaboración, gravemente limitada.

Para ofrecer una respuesta unitaria y coordinada por parte de la sociedad civil, la mayoría de las plataformas de ámbito nacional y autonómico que trabajan en el ámbito del VIH/sida han aunado esfuerzos y consensuando la interlocución política con el gobierno y otros agentes y partidos políticos bajo el paraguas de la Alianza de Plataforma de Entidades de VIH/sida (creada en Noviembre de 2011).

La Alianza de Plataformas junto con sociedades científicas como GESIDA y SEISIDA, han puesto de manifiesto las terribles repercusiones que en materia de salud pública podrá tener en un futuro cercano las políticas de recortes en prevención, atención y acceso a cuidados a personas con VIH/sida y las inequidades territoriales que se están produciendo.

Este dossier intenta ofrecer un resumen y actualización de todo el trabajo que diferentes actores han efectuado durante estos dos últimos años para hacer público, y plantear alternativas a la política equivocada en materia de salud y servicios sociales que se está llevando a cabo por parte del gobierno central y la mayoría de las comunidades autónomas como consecuencia de las políticas de austeridad económica.

## 2. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN ESPAÑA:

Según el SINIVIH (registro de nuevas infecciones por VIH en España que cubre el 82% de la población) durante el año 2012 se notificaron 3.210 nuevos diagnósticos de VIH (frente a los 3.244 nuevos diagnósticos del año 2011) un descenso marginal y que no permite sacar conclusiones claras.

“España lo está haciendo mal”, sostiene David Dalmau, presidente de la junta directiva de la Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA) a partir de los datos hechos públicos ayer por el Centro de Prevención y Control de Enfermedades (ECDC). Sin embargo, el dato relevante para este especialista del hospital Mutua de Terrassa es que la tasa de infección por 100.000 habitantes se mantiene notablemente superior a la media de los países de nuestro entorno (la Unión Europea más Islandia, Liechtenstein y Noruega). De 30 países, España ocupa el sexto peor lugar en tasa de infecciones. (1)

España presenta una tasa de 85 casos/millón de habitantes, lo que nos sitúa por encima de la media de la Unión Europea prácticamente desde los inicios de la pandemia sin haberse conseguido hasta la fecha disminuir esta proporción.

De las nuevas infecciones el 85% son hombres, con una mediana de edad de 36 años. La transmisión sexual supone el 82% de los nuevos diagnósticos. La transmisión en hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH) es la más frecuente, 51%, seguida de la heterosexual, 31%, y la que se produce entre usuarios de drogas inyectadas (UDI), 5%. El 35% de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH se realizó en personas originarias de otros países. El 48% del global de los nuevos diagnósticos presentaron diagnóstico tardío. (2)

*“Dentro de los diagnósticos tardíos cabría destacar la especial vulnerabilidad de las personas usuarias de drogas, en este colectivo las cifras de enfermedad avanzada al diagnóstico son mayores en grupos especialmente vulnerables como mujer, HSH y personas mayores de 50 años. Además las tasas de tuberculosis en instituciones penitenciarias alcanzan el 5%”* **Marisa Fernández, Presidenta FAUDAS**

Con los datos cuantitativos que ofrece el SINIVIH es difícil interpretar hasta qué punto las políticas de recortes están teniendo un efecto en el aumento o disminución del número de nuevas transmisiones en España. Así, ciertos datos de algunas comunidades autónomas dónde el número de nuevos casos se estanca o incluso disminuye para algunas poblaciones no pensamos que deba ser interpretado de una forma triunfalista por las administraciones y que de alguna forma justifique la desaparición de programas de acercamiento a colectivos más vulnerables. La disminución y/o el estancamiento puede ser también interpretado en el aumento de la dificultad que las poblaciones más en riesgo tienen de acceder a la prueba del VIH debido a la ausencia de campañas de sensibilización, desaparición de las organizaciones que ejercían de vínculo y nexo de unión de dichas poblaciones con el sistema sanitario y las dificultades en el acceso también a las pruebas diagnósticas por parte de dichas poblaciones.

*“Más que hablar de las cifras globales, sería bueno estratificar por categoría de transmisión; realmente hay 3 epidemias - HSH, UDI y Heterosexuales. En el primer caso, hay un aumento INEQUÍVOCO desde el 2007 y en los últimos un descenso claro.*

*Creo que sería interesante mencionar que el número de casos de VIH en personas inmigrantes también ha disminuido; para los procedentes del Africa Sub-Sahariana desde el 2008 y para los procedentes de América Latina desde el 2010. Si bien la vigilancia identifica tendencias, son estudios como aMASE-España en el marco de EuroCoord los que esperamos nos den las explicaciones para las mismas.*

*Además será gracias a la información que nos proporcionen estudios de cohortes como la CORIS los que nos proporcionarán información adicional, cuantificable y verificable del impacto que los recortes en salud y servicios sociales está teniendo en las personas con VIH en España” Dra. Julia del Amo, Instituto de Salud Carlos III*

Con respecto a la población en situación irregular en España y el impacto que la aplicación del RD 16/2012 ( que restringe el derecho a la asistencia sanitaria a este colectivo ) puede tener en las tasas de morbi-mortalidad y de esperable incremento de costes para el sistema a medio plazo, los Drs. José A. Pérez Molina y Federico Pulido Ortega entre otros miembros de la SEIMC y GESIDA han publicado un artículo sobre la evaluación del impacto del nuevo marco legal sanitario sobre los inmigrantes en situación irregular en España en el caso de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Cabe destacar de dicho estudio que de los 459.909 inmigrantes en situación irregular que se estima residen en nuestro país, de 2.700 a 4.600 estarían infectados por el VIH, de ellos el rango entre 1.800 a 3.220 conocerían su infección y de estos el 80% recibiría tratamiento antirretroviral. El Real Decreto puede tener múltiples consecuencias indeseables en esta población infectada por el VIH: aumentar la mortalidad, favorecer la aparición de enfermedades oportunistas, incrementar los ingresos hospitalarios, facilitar las infecciones en la población (por el VIH y por otros patógenos) o favorecer la transmisión materno fetal del VIH. Los autores añaden que el incremento esperable de la morbimortalidad supondrá un mayor coste en la atención de los pacientes, coste que se verá incrementado aún más en los sujetos más inmunodeprimidos. Por tanto, la aplicación del Real Decreto supondrá un ahorro económico muy inferior al esperado a corto plazo e impactará negativamente en la salud pública , y muy especialmente en la de los pacientes infectados por el VIH que queden desatendidos, aumentando los gastos sanitarios a medio-largo plazo y alejándonos de los objetivos de salud internacionalmente asumidos. (3)

Personalidades internacionales de la talla del Dr. Julio Montaner, director del centro para la excelencia en VIH/Sida de la Columbia Británica se han sumado a la crítica a esta medida “por razones políticas, probablemente populistas y sin base racional alguna”, el Gobierno español firma la sentencia de muerte de facto para muchos inmigrantes y facilita la transmisión del virus en toda la población, “ya que a la hora de transmitirse, el virus, a diferencia del Gobierno, no discrimina por factores étnicos”. (4)

Otro de los colectivos que merecen una mención especial por su especial vulnerabilidad frente a las medidas de austeridad aplicadas por el gobierno es el de personas privadas de libertad.

En España la prevalencia de VIH dentro de prisión se mantiene relativamente estable desde el año 2009 en torno a un 6,00% aproximadamente, mientras la prevalencia por infección por VHC disminuye del 27,00% en 2008 al 22,20% en 2012. El acceso de los internos al tratamiento antirretroviral se mantiene estable entorno a 2500 personas frente a una disminución de casi la mitad en los tratamientos para el VHC, pasando de 452 personas tratadas en 2009 a 278 personas en 2012. (5)

La constante reducción en el presupuesto destinado a Instituciones Penitenciarias (1.181,90 millones de Euros en 2012 a 1.129,74 en 2013) y la eliminación de las transferencias a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias por parte del Ministerio de Sanidad para el desarrollo de acciones de prevención del VIH/sida en centros penitenciarios pueden hacer que las cifras empeoren en los próximos años. (6)

*De hecho según el Dr. Antonio López Burgos presidente de la sociedad española de salud penitenciaria "La salud penitenciaria debería ser transferida a las comunidades autónomas y no depender del Ministerio del Interior, aunque en este contexto de recesión económica los gobiernos regionales son reacios a asumir el gasto que ello supondría. Hasta ahora el traspaso solo se ha completado en Cataluña y País Vasco lo que conlleva a los internos de otras regiones a sufrir una doble discriminación al no poder acceder a los programas específicos desarrollados por las consejerías de salud a esta población" (7)*

La supresión de médicos de guardia dentro de las instituciones, la aprobación de compra de fármacos ARV por consejos formados por mayoría de profesionales no sanitarios, el establecimiento de cupos para el acceso a terapias contra el VHC según disponibilidad presupuestaria y una creciente desatención a internos con patologías mentales, ofrecen un panorama desolador y tremendamente injusto de la población reclusa en España, donde la desigualdad en el acceso a la salud se hace, aún si cabe, más patente.

### 3. CÓMO AFECTAN LAS MEDIDAS DE AUSTERIDAD A LA RESPUESTA A LA PANDEMIA EN ESPAÑA:

#### 3.1 La descapitalización política y el menoscabo de la interlocución de la sociedad civil:

Debido a las políticas de recortes aplicadas por el gobierno, la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida ( organismo encargado de la coordinación de los programas y actividades de prevención, asistencia e investigación relacionados con esta patología ) desapareció como tal pasando a integrarse en la Subdirección de Promoción de la Salud y Epidemiología, lo que ha supuesto una reestructuración y pérdida del peso relevante en la organización del Ministerio de Sanidad Asuntos Sociales e Igualdad.

La pérdida económica en presupuesto y en personal, y un cambio drástico en el modo de interactuar con las organizaciones civiles, ha tenido como resultado evidente las graves deficiencias en el proceso de evaluación del plan multisectorial frente al VIH/Sida 2008-2012 y que el nuevo plan 2013-2017 se encuentre todavía en fase de elaboración –a pesar de llevar un año de retraso-.

*“Durante estos dos años, la participación comunitaria en la elaboración, diseño y evaluación de las políticas de la Secretaría ha sido escasa, con convocatorias que no se han producido o no se han ajustado ni en tiempo ni en forma. Ha existido desinterés administrativo ante nuestras llamadas a que existiera una correcta comunicación y coordinación y graves desencuentros a la hora de incluir nuestra participación en la elaboración del Nuevo Plan Estratégico por ser relegados únicamente a participar activamente en la elaboración de los capítulos dedicados al Estigma y la Discriminación, quedando la sociedad civil como meros revisores de la totalidad del texto una vez elaborado éste por el Plan. Los órganos de participación y consulta como la Comisión Nacional para la coordinación y monitorización de los programas en VIH/Sida, máximo órgano nacional, compuesto por representantes de las sociedades científicas, CCAA, Sociedad Civil –COAC-, Instituciones Penitenciarias, Consejo de la Juventud y diversos ministerios en los que el VIH/Sida tiene una presencia transversal no ha sido convocado en estos últimos años. Las decisiones, no solo de orden económico, sino también de orden político en temas clave en el acceso a la salud para personas con VIH/Sida, y a las políticas de prevención han sido tomadas de forma unilateral por el gobierno.”* **Julio Gómez, Coordinador Federación Trabajando en Positivo y miembro del grupo coordinador de RedVIH.**

La participación de la sociedad civil en el desarrollo de las guías terapéuticas y recomendaciones para el manejo de la infección por VIH ( Consejo Asesor Clínico y sociedades científicas como GESIDA ) se encuentra gravemente cercenada entre otros motivos por una legislación que dificulta el acceso a la información a la comunidad y a otros colectivos profesionales: enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, y educadores en salud comunitarios, directamente implicados en la atención y cuidado a las personas con VIH/Sida

(8)

Así sociedades científicas interdisciplinarias como es el caso de la Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA), que ha sido clave en la producción de material investigador y científico para entender, dar respuesta y orientar mejor las políticas basadas no solo en los aspectos puramente clínicos, sino también psicosociales, educativos y epidemiológicos, se ven abocadas a una situación límite de descapitalización económica y de pérdida de interlocución efectiva causada en gran parte por este bloqueo legislativo obsoleto al derecho a la información y la desaparición de las aportaciones económicas por parte del Ministerio.

*“SEISIDA siempre ha tenido una colaboración estrecha con la SPNS y gracias al trabajo conjunto y a la financiación se pudieron poner en marcha proyectos, celebrar congresos y generar informes que han servido para la evaluación del propio plan multisectorial. Incluso hubo aproximaciones con el anterior ejecutivo para intentar modificar la ley general de sanidad en los apartados que impiden un acceso normalizado a la información biomédica a personal especializado pero no prescriptor o dispensador. Esta colaboración y trabajo conjunto ha desaparecido totalmente y podemos afirmar que en la actualidad no hay fuente pública de financiación para la investigación psicosocial en VIH/Sida por parte del Ministerio de Sanidad en España, ni ningún tipo de iniciativa que haga pensar en algún cambio en la barrera legislativa al derecho a la información para profesionales no prescriptores o dispensadores. SEISIDA no se encuentra totalmente descapitalizada pero sí muy mermado en su capacidad investigadora y sobrevive gracias al apoyo de capital privado pues las fuentes de financiación públicas o semipúblicas han desaparecido.”* **María José Fuster, gerente SEISIDA**

### **3.2 La descapitalización económica y humana:**

Si algo define la situación relacionada con los graves recortes económicos que se han ejecutado en los programas de prevención y atención al VIH/Sida en España en los últimos dos años es su desmesurada cuantía y la falta de transparencia por parte de la administración a la hora de rendir cuentas a los diferentes actores, comunidad y representantes políticos de otras formaciones, sobre las cantidades finales destinadas a financiar estos proyectos.

Durante los años 2009 al 2011 la cantidad destinada por el gobierno central a las CCAA de manera finalista para atender proyectos relacionados con el VIH/Sida se mantuvo estable en torno a los 4.327.000€; así mismo durante el mismo periodo 4.405.000€ se destinaban anualmente al mantenimiento y proyectos de la SPNS y la convocatoria de subvenciones para proyectos ejecutados por ONGs ascendía en el periodo 2009-2011 a 3.736.800 (2009-2010) y 3.860.000 en 2011. (9)

En el año 2012 esta fuente de financiación finalista se eliminó, pasando esta partida a ser incluida dentro de los “fondos de cohesión” que se destinan a las CCAA.

La cantidad asignada para el Plan Nacional del Sida fue de 3.052.820€ y el monto destinado dicho año para proyectos ejecutados por ONGs fue de 1.000.000€. (10)

Ante las preguntas de la sociedad civil y de partidos políticos en la oposición sobre el destino final de estos fondos ya mermados con respecto a años anteriores se obtienen respuestas poco claras que parecen indicar que el dinero “realmente” empleado en programas de VIH/SIDA ha sido mucho menor que el exiguo presupuesto presentado.

No ha habido una clara respuesta por parte del gobierno a las preguntas sobre qué programas de VIH/Sida se han financiado directamente con el dinero de los “fondos de cohesión”, destinados a las CCAA. Esto podría indicar una falta de control por parte del ejecutivo a las CCAA sobre el destino de dichos fondos y podría interpretarse que parte de esos fondos han sido utilizados por algunas CCAA para otras partidas y no las directamente relacionadas con el VIH/Sida dado el desmantelamiento que en regiones como Baleares o la Comunidad Autónoma de Murcia se ha producido de los programas en atención y prevención al VIH/Sida.

Además, de la cantidad asignada (3.052.820€) al Plan Nacional del Sida solo tenemos confirmación por parte del gobierno a un gasto de 500.000€ (11)

En resumen, de un presupuesto en torno a los 14.000.000€ en 2011 para el mantenimiento, programas, proyectos, investigación y apoyo a la sociedad civil se ha pasado en 2012 a 1.500.000€ confirmados por fuentes verificables.

Para el año 2013, siguen sin estar presentes los “fondos finalistas” para las CCAA, para el PNS se presupuestan 3.500.000€ de lo que la sociedad civil no conoce exactamente cuánto dinero se va a ejecutar realmente y la partida para subvenciones a ONGs ha quedado en 1.100.000€.

*“Más allá de las cifras, que son absolutamente demoledoras, lo más frustrante ha sido la falta de transparencia en la rendición de cuentas a la sociedad civil y la utilización de cifras de forma interesada por parte de los responsables gubernamentales a los medios de comunicación” Julio Gómez, Coordinador Federación Trabajando en Positivo y miembro del grupo coordinador de RedVIH.*

Una consecuencia directa de lo anterior ha sido la descapitalización del presupuesto económico de prevención del VIH así como la descapitalización humana de los profesionales dedicados a esta tarea.

Con respecto a la descapitalización humana, se estima que el personal técnico destinado a diferentes tareas relacionadas con el Plan Multisectorial se ha reducido en un 75%, lo que ha repercutido en la paralización de numerosas estrategias e intervenciones de educación – formación de profesionales socio-sanitarios a través de jornadas, seminarios y máster en colaboración con instituciones académicas-, investigación –estudio sobre la población que ejerce prostitución en España-, prevención –campañas y programas piloto-, vigilancia

epidemiológica –estudios sobre poblaciones vulnerables que han aportado datos significativos para un mejor manejo de la epidemia como el EPI-VIH y el EPI-ITS- y atención sanitaria; todos ellos estaban en marcha desde la extinta Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida.

El retraso en la publicación (25 de septiembre de 2012) y la drástica reducción de los fondos destinados a la convocatoria estatal de subvenciones para ONG en el año 2012 y 2013 ha fulminado proyectos pioneros de entidades históricas de probada y reconocida efectividad con un tremendo impacto en la comunidad del VIH y en las ONGs del Estado español, en especial los proyectos de ONG con sede en Cataluña cuya financiación prácticamente se ha eliminado por parte del gobierno central.

La eliminación de las transferencias finalistas dedicadas a la realización de acciones de prevención del VIH en las administraciones que poseen la competencia legal para hacerlo - gobiernos regionales (Comunidades Autónomas) ha supuesto la práctica desaparición de los programas de atención y prevención existentes.

*“En la Región de Murcia la situación es dantesca. El Comité Antisida de la Región de Murcia que ha ejecutado proyectos en Murcia y Cartagena desde hace más de 20 años prácticamente ha cerrado sus puertas. En 2012 y a pesar de que “en teoría” se disponía y así se nos comunicó por parte de la administración regional de un dinero para el VIH/Sida proveniente del Gobierno Central “de los antiguos fondos finalistas”, en Octubre de 2012 finalmente se nos comunica que no habrá ninguna cantidad para los proyectos de VIH/Sida en la región. Esto nos llevó a acumular una deuda pues habíamos trabajado adelantando el dinero a crédito con instituciones bancarias hasta esa fecha. En 2013 la cantidad asignada en la región para los proyectos del Comité fue de 1.000€ y en los presupuestos del 2014 aparece la cantidad simbólica de 1€ para evitar que desaparezcamos dentro de los capítulos de gastos y con suerte poder conseguir alguna partida de otra Consejería que no se haya gastado. En el Punto de Intercambio de Jeringuillas de Cartagena se atendía a una media de 150 personas mensualmente, UDIs en situación de exclusión social, dónde se les ofrecía también un espacio humano para poder atender sus necesidades básicas, incluida alimentación de emergencia. También en Cartagena se atendían a unas 400 trabajadoras del sexo de manera continua y en la sede de Murcia sobre los 300 trabajadores y trabajadoras sexuales. Todos estos servicios se han tenido que cerrar, además de los servicios de detección precoz, counselling y acompañamiento a personas seropositivas. La casa de acogida para personas con sida está sufriendo también de forma desmesurada esta ausencia de voluntad política por dotar económicamente a las organizaciones que trabajan en el ámbito del VIH/Sida. Los residentes comen gracias al banco de alimentos y debido a la reciente implantación del copago en medicamentos comúnmente usados por personas con sida como anti herpéticos etc. muchas veces las personas no pueden acceder a ellos. Tenemos hasta dificultad a la hora de poder trasladar a los pacientes a sus consultas a los hospitales en el extrarradio por no tener partida de dinero para transporte público, los cuidadores frecuentemente usan sus coches particulares para trasladar a los residentes, doblan turnos y sufren constantes retrasos en el cobro de sus nóminas. Esta es la situación del VIH/Sida en la Región de Murcia, en cambio hay dinero para*

*subvencionar con dinero público al equipo de baloncesto de la Universidad privada Católica de la Región. Es una vergüenza". Bartolomé de Haro, presidente Comité Antisida de la Región de Murcia*

Como contrapunto a esta situación y como ejemplo de la ampliación de la brecha en la desigualdad territorial que los recortes están produciendo en España, otras comunidades autónomas, aún dentro de la escasez de medios, han seguido posicionando al VIH/Sida dentro de sus prioridades de salud pública.

*"Según estudios recientes, en los más de 30 años que llevamos conviviendo con el VIH/sida, hemos fracasado estrepitosamente en reducir el estigma y la discriminación que representa el VIH. Estamos ante el "fracaso social del éxito sanitario". El Sida es una enfermedad, y por tanto un problema sanitario. Pero se trata de una enfermedad más "moral" o "social" que "natural". Por eso "discrimina" socialmente a la población que la padece. La crisis económica y los recortes socio sanitarios que ha llevado aparejada han destrozado los escasos programas que existían para paliar los efectos del estigma y la discriminación por VIH. Desde el año 2012 las CC.AA no reciben dotación económica por parte del Ministerio de Sanidad y del casi desmantelado plan Nacional de sida. Los casi 700.000 € que venía recibiendo Andalucía anualmente se destinaba fundamentalmente a:*

- *Subvenciones a entidades del movimiento asociativo*
- *Campañas de prevención y sensibilización a población general*
- *Programa de Diagnóstico Precoz*

*Desde la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, somos conscientes de la relevancia y pertinencia de estos programas por lo que se ha asumido el coste íntegro de todas las acciones que implican su mantenimiento y puesta en marcha". Carmen Zamora, Técnica Consultora en VIH/sida. Consejería de Salud, Igualdad y Políticas Sociales. Junta de Andalucía*

Por último y como un ejemplo más de la falta de compromiso del actual gobierno con el VIH/Sida y los más desfavorecidos finalmente se dio marcha atrás a la decisión de contribuir con 10 millones de euros al Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la tuberculosis y la Malaria, tras anunciar en Julio de 2012 esta colaboración (12-13)

### **3.3 Recortes en las campañas de prevención y acceso a cuidados:**

Durante los años 2012 y 2013 no han existido campañas de sensibilización para la población general elaboradas desde el MSSSI (frente al año 2010 que se realizaron 3 campañas y en el 2011 2 campañas). También ha desaparecido el histórico convenio con el Consejo de la Juventud de España para la realización de campañas y actividades de prevención dirigidas a la población más joven.

La ruptura del acceso igualitario de toda la ciudadanía a las coberturas sanitarias básicas al pasar de un sistema de atención universal a uno de aseguramiento, se ha visto finalmente

implementado con la aplicación del *Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad*

Además de este cambio radical en el modelo de asistencia sanitaria se han introducido nuevas medidas de repago de fármacos hasta ahora gratuitos que están afectando a personas aseguradas pero con escasos recursos y más vulnerables.

Entre estas nuevas medidas se incluye la introducción de aportación económica reducida (hasta un máximo de 4,20€ por envase) para medicamentos de diagnóstico hospitalario y de dispensación ambulatoria en las farmacias de los hospitales, como son los utilizados para el tratamiento de la hepatitis C, algunos antitumorales y antivirales de amplio uso en personas inmunodeprimidas. (14)

Además de introducir el copago farmacéutico reducido para todas las personas jubiladas del sistema nacional de salud que anteriormente podían acceder a sus medicaciones crónicas de forma gratuita, afectando a muchas personas con Sida ya jubiladas y con pensiones muy bajas que deben hacer frente al copago de medicamentos ampliamente utilizados y de carácter crónico como pueden ser antihipertensivos, antieméticos, medicamentos hipolipemiantes, etc.

En España el número de pacientes en tratamiento ARV se ha incrementado paulatinamente desde las 81.335 personas en 2009 a las 98.011 en 2012 produciéndose en cambio un estancamiento en el gasto en ARV en torno a los 729 millones de Euros en los dos últimos años. El acceso a la innovación terapéutica en nuevos ARV está siendo impedida por algunas administraciones autonómicas y la asignación de precio y dispensación hospitalaria de nuevos fármacos aprobados por la AEMPS sufriendo retrasos. En algunos casos entre la aprobación y la disponibilidad real del fármaco en farmacia hospitalaria han pasado cerca de 12 meses.

Así en algunas comunidades autónomas se ha decidido no financiar ciertas innovaciones terapéuticas por criterios puramente economicistas a pesar de ser medicaciones aprobadas por la agencia española.

*“En el País Vasco estamos sufriendo una situación por parte de Osakidetza –servicio de salud vasco- que nos sitúa en el acceso a innovaciones terapéuticas en desventaja frente a otras regiones de España. Se negocia con los laboratorios farmacéuticos de manera feroz intentando conseguir descuentos por sus productos. En dichas negociaciones, que en algunos casos pueden alargarse en el tiempo durante años la información a la comunidad de afectados es escasa o incluso contradictoria a la ofrecida por los laboratorios. Es una ceremonia de la confusión. De lo que parece no haber duda es que frente a la introducción de cualquier nuevo fármaco en la cartera de prestaciones vasca existe un criterio eminentemente economicista. Las personas con VIH padecemos en primera persona esta situación pues mejores opciones de tratamiento nos son negadas sin parecer importarles a la administración la mejora en la calidad de vida que suponen los avances en ARV para las personas seropositivas”* **Marco Imbert, Coordinador del centro bipsicosocial Bideratzen**

### 3.4 La descapitalización de la investigación:

Los programas nacionales sobre I+D+i se han visto también afectados por estas políticas de supuesto “ahorro” que supondrán un retroceso de más de una década en todos los campos de la investigación, desde el área básica a la investigación social. En el caso particular de la investigación sobre VIH cabe destacar que el MSSSI ha cancelado su convenio con la Agencia Española de Ensayos Clínicos GESIDA. Esta agencia agrupa a la mayoría de grupos clínicos del Estado y ha colaborado desde su creación con la SPNS en la redacción de importantes documentos de consenso sobre asistencia y tratamiento y en la elaboración de numerosas guías clínicas, además de ser la principal agencia promotora de ensayos clínicos independientes.

Pero la investigación clínica en general también se ha visto afectada por la cancelación en 2012 de la Convocatoria de Investigación Clínica Independiente del MSSSI y que en 2011 financió proyectos relacionados con el VIH y otras patologías por más de 20 millones de euros. Por otro lado, la Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España (FIPSE), en la que el apoyo institucional y económico del MSSSI había sido fundamental hasta la fecha para la ejecución de relevantes estudios epidemiológicos, clínicos y sociales ha visto su actividad paralizada debido a la falta de fondos.

A este panorama habría que añadir la paralización de la aprobación del “Pacto Social por la no discriminación asociada al VIH y al sida”, herramienta imprescindible para abordar, de forma global, el estigma y la discriminación que sufren las personas con VIH en nuestro país.

Por último destacar la frustración del colectivo profesional y comunitario que ofreció su apoyo incondicional a los profesionales, ante la decisión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de no reconocer Enfermedades Infecciosas como una especialidad. Dicha decisión choca frontalmente con las recomendaciones europeas y limita los beneficios del SNS ya que repercutirá en una peor atención de los pacientes y en una formación precaria de los profesionales sanitarios.

Lo que se pretende desde el Ministerio de Sanidad es incluir a Enfermedades Infecciosas como un Área de Capacitación Específica (ACE) lo que significa formar a un infectólogo en un año, algo totalmente inviable según los expertos de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, SEIMC. Además, es un sinsentido que se formen infectólogos desde especialidades como la neumología en la que no tienen formación en Medicina Interna y la pediatría, tal y como se ha determinado en el Real Decreto.

En este sentido, el actual presidente de la SEIMC, el *Dr. José M<sup>a</sup> Miró*, insta al Gobierno a *“reconsiderar las Enfermedades Infecciosas como una especialidad primaria en favor de una mejor calidad asistencial de los pacientes y una equiparación con el resto de los países de la UE, que cuentan en su mayoría con esta especialidad. Sin la especialidad no existirá recambio generacional y podemos vaticinar que se volverá a la situación de hace 40 años. Hemos hecho un esfuerzo muy importante para explicar personalmente a la Dirección General de Ordenación Profesional y a los Consejeros de Sanidad de la mayoría de Comunidades Autónomas las*

*razones por la cuales Enfermedades Infecciosas debía ser una especialidad primaria, esos argumentos científico-técnicos convencieron a dichos responsables de sanidad que dieron su apoyo a la creación de la especialidad". El Dr. Miro no entiende que "a la hora de la verdad la mayoría de los Consejeros de Sanidad que asistieron al Consejo Interterritorial no apoyaran esta justa reivindicación de la SEIMC. Los profesionales de la Sociedad nos sentimos decepcionados y engañados" (15)*

#### **4. ACCIONES DE PRESENTE Y DE FUTURO:**

Ante la situación de emergencia que el país vive en numerosos ámbitos de su vida social, y política, la sociedad civil se ha organizado en plataformas unitarias que han intentado, cada una desde su ámbito de actuación, visibilizar lo erróneo de las políticas de ajustes llevadas a cabo por el ejecutivo y mostrar opciones diferentes de poder reconducir la grave situación económica y humana. En este sentido cabe destacar el nacimiento de la Alianza de Plataformas en respuesta al VIH/Sida, formada por plataformas nacionales y autonómicas que trabajan en el ámbito de la salud, los derechos humanos y el VIH/Sida. Desde su nacimiento hace ya dos años la plataforma ha tenido un papel destacado denunciando, proponiendo, movilizandoy aglutinando la respuesta social del movimiento ciudadano VIH/Sida en España.

La sociedad civil, las organizaciones médicas, las sociedades científicas y partidos políticos en la oposición se han mostrado unidos en contra de las políticas implantadas desde el ejecutivo central ejerciendo cada uno desde su ámbito acciones de rechazo a las decisiones tomadas.

En un nuevo intento por reconducir la situación a principios del año 2014 se celebrará en el Congreso de los Diputados, por primera vez en su historia, unas jornadas sobre Derechos Humanos y Políticas Públicas en VIH/Sida.

Dichas jornadas serán fruto de la unión y el esfuerzo de partidos políticos, sociedad civil, sociedades científicas, y la Alianza de Plataformas y esperamos puedan suponer un punto de inflexión y cambio de rumbo en las políticas ejecutadas hasta la fecha.

## 5. REFERENCIAS:

- (1) [http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/11/27/actualidad/1385585359\\_221239.html](http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/11/27/actualidad/1385585359_221239.html)
- (2) Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA en España, actualización a 30 de Junio de 2013, Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad e Instituto de Salud Carlos III
- (3) José A. Pérez Molina et al, evaluación del impacto del nuevo marco legal sanitario sobre los inmigrantes en situación irregular en España en el caso de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, Revista de Microbiología Clínica 17 Julio 2012
- (4) El Diario.es 12/09/2012  
[http://www.eldiario.es/zonacritica/tratamiento-VIH-politica-sanidad-Rajoy\\_6\\_46955308.html](http://www.eldiario.es/zonacritica/tratamiento-VIH-politica-sanidad-Rajoy_6_46955308.html)
- (5) Informe de Evaluación Plan Multisectorial VIH/Sida 2008-2012, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, Julio 2013.
- (6) Respuesta del Gobierno a la Solicitud de Datos, Informes o Documentos formulada por Gaspar Llamazares Trigo sobre el Desglose de las partidas destinadas a la prevención de VIH/Sida del programa 313B. 22 de Abril de 2013. [No publicado]
- (7) Gaceta médica.com 04/12/2013  
<http://www.gacetamedica.com/gaceta/articulo.aspx?idart=549945&idcat=701&tipo=2>
- (8) Ley General de Sanidad 14/1986 y Real Decreto 1416/1994 de Publicidad de los Medicamentos de uso humano
- (9) Informe de Evaluación Plan Multisectorial VIH/SIDA 2008-2012, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, Julio 2013.
- (10) Presupuestos generales del estado 2012. Presupuestos por programas y memoria de objetivos. Sección XXIII (*Public Health Budget can be consulted at page 51*)  
[http://www.sepg.pap.minhap.gob.es/Presup/PGE2012Proyecto/MaestroTomos/PGE-ROM/doc/L\\_12\\_A\\_G16.PDF](http://www.sepg.pap.minhap.gob.es/Presup/PGE2012Proyecto/MaestroTomos/PGE-ROM/doc/L_12_A_G16.PDF)
- (11) Respuesta del Gobierno a la Solicitud de Datos, Informes o Documentos formulada por Gaspar Llamazares Trigo sobre el Desglose de las partidas destinadas a la prevención de VIH/SIDA del programa 313B. 22 de Abril de 2013. [No publicado]
- (12) EUROPA PRESS 23 JUL 2012 [España destinará diez millones de euros al Fondo Global de la lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria](#)
- (13) EL MUNDO. 13 ENE 2013. [España incumple su promesa de dar 10 millones al fondo contra el sida](#)

(14) BOE 225 Jueves 12 Septiembre 2013

(15) noticias Vademecum.es ; 26/07/2013

<http://www.vademecum.es/noticia-130726-el-consejo-interterritorial-no-reconoce-enfermedades-infecciosas-como-una-especialidad-7280>