



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1987

III Legislatura

Núm. 84

POLITICA SOCIAL Y DE EMPLEO

PRESIDENTE: DON ANGEL DIAZ SOL

Sesión Informativa

celebrada el martes, 3 de marzo de 1987

Orden del día:

- Comparecencia del señor Ministro de Sanidad y Consumo (García Vargas) para informar sobre cuestiones relacionadas con el SIDA (a solicitud del Grupo Parlamentario del CDS) (número de expediente 211/000071).
 - Pregunta relativa a criterio del Gobierno sobre la actualización de las tarifas de honorarios y retribuciones que han de regir en la asistencia a los trabajadores accidentados en el trabajo y normas de su aplicación de acuerdo con el IPC acumulado de 1982 a 1986 (formulada por la señora Salarrullana de Verda, de la Agrupación de Diputados del PDP) (número de expediente 181/000165, «B. O. C. G.» número 37, Serie D, de 23-2-87).
-

Se abre la sesión a las once y veinte minutos de la mañana.

COMPARECENCIA DEL SEÑOR MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO PARA QUE INFORME SOBRE CUESTIONES RELACIONADAS CON EL SIDA (A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO DEL CDS)

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, vamos a comenzar la sesión.

Iniciamos el orden del día con la comparecencia del señor Ministro de Sanidad y Consumo, al que le damos la bienvenida de nuevo a esta Comisión, para que informe sobre cuestiones relacionadas con el SIDA, a solicitud del Grupo Parlamentario Centro Democrático y Social. La tramitación de la comparecencia comienza con una primera intervención del señor Ministro, seguida de un turno de portavoces con un tiempo máximo de hasta diez minutos, finalizando el trámite con la contestación del señor Ministro a los señores portavoces.

Por tanto, tiene la palabra el señor Ministro de Sanidad y Consumo.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Vargas): Señor Presidente, señoras y señores Diputados, permítanme que inicie mi intervención en la comparecencia de hoy sobre cuestiones relacionadas con el SIDA, en esta Comisión de Política Social y Empleo, agradeciendo la petición del CDS y otros Grupos para que se celebre la misma y la oportunidad con que se ha realizado.

En la actualidad, después del estudio de la experiencia científica disponible, de la evolución mundial de esta enfermedad y de la evolución en España, el Ministerio de Sanidad propuso recientemente a las Comunidades Autónomas —que son a las que compete establecer las medidas concretas de prevención, en virtud de sus propios Estatutos y los Reales Decretos de transferencias— un proyecto de plan de actuaciones coordinadas que refuerza considerablemente todo lo realizado hasta ahora en España en este terreno. En mi intervención recogeré el contenido de esta propuesta, que volverá a estudiarse los próximos días para darle una redacción definitiva. Todas las sugerencias que hagan los Grupos representados en esta Cámara, algunos de los cuales ostentan la mayoría en determinadas Comunidades Autónomas, serán tenidas en cuenta positivamente, pudiendo enriquecer dicho plan.

La actitud del Gobierno y del Ministerio de Sanidad y Consumo ante el problema del SIDA es de preocupación, que se agrava por los riesgos potenciales que puede suponer en el inmediato futuro, aunque como recomiendan las organizaciones internacionales y científicas más influyentes, estime conveniente no sembrar la inquietud entre la población. No obstante, estimo que la ciudadanía debe ser más ampliamente concienciada sobre dichos riesgos potenciales, a efectos de protegerse de los mismos. Esta protección afecta a las actitudes sociales, a los comportamientos individuales más íntimos e incluso a las convicciones morales. Por tanto, conviene que exista en esta Cámara una coincidencia de criterios lo más amplia posible, evitando posiciones no basadas en datos objetivos sobre el problema.

Nos enfrentamos a una amenaza de enfermedad nueva de consecuencias mortales, que constituye un complejo problema clínico y epidemiológico. Por cada enfermo existen numerosos portadores del virus que pueden transmitir la enfermedad sin que existan medios de curación eficaces ni vacunas. Por otra parte, no se trata de un riesgo que afecte exclusivamente a colectivos marginales socialmente, sino que afecta también a la población en general, población que en España está expuesta a los grandes movimientos migratorios que se producen anualmente, principalmente por causa del turismo.

Afortunadamente, las formas de transmisión comprobadas hasta ahora permiten una prevención accesible, facilitada por la simplicidad de las medidas de higiene preventiva, que representan un margen elevado de seguridad. En la actualidad, España se encuentra además en un índice de prevalencia aún bajo, equivalente al que existía en Estados Unidos en julio de 1983 —6,2 casos por millón de habitantes— cuando no se conocía en USA, en julio de 1983, repito, el virus ni las pruebas de detección. Por tanto, aprovechando la experiencia del tiempo transcurrido desde entonces, pueden establecerse medidas que contengan esos riesgos potenciales.

Por otra parte, se trata de una epidemia de elevado coste económico por individuo afectado, dado los análisis y cuidados que requiere, lo que puede suponer un ingente coste global si no se controla.

En consecuencia, se trata de coordinar actuaciones y de informar a la sociedad con la colaboración de todos, con el apoyo de esta Cámara, por encima de posturas partidistas, en un clima de objetividad y serenidad, intensificando las actuaciones realizadas hasta ahora, pero sin caer en ciertos excesos observados fuera de nuestro país, que puedan suponer discriminación, intolerancia o merma de los derechos fundamentales de la persona.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida fue una enfermedad definida en 1981 por los criterios de los Centros para el Control de la Enfermedad de los Servicios Americanos de Salud Pública, de Atlanta, hoy universalmente aceptados. No obstante, a medida que se han ido conociendo los efectos patogénicos de su agente etiológico, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y se han podido medir anticuerpos frente a él como indicadores de infección, así como realizar el aislamiento del virus y detectar sus antígenos en células infectadas, se ha ido ampliando el espectro sintomatológico. Se puede asumir hoy que si bien el SIDA propiamente dicho supone, en términos generales, el estadio final de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, ésta se extiende desde un estadio asintomático a un amplio y variado espectro patológico.

El SIDA pasó, de ser una curiosidad epidemiológica, a constituir un problema ligado a ciertos hábitos sexuales y sociales y a la contaminación por sangre o productos hemáticos de ciertos grupos de población, hasta llegar a su consideración actual, como un gran problema de salud pública en numerosos países, al poder afectar a la población a través de la transmisión heterosexual. Por esto, ciertos estados lo consideran como un posible factor de

desestabilización mundial, lo que ha conducido incluso a los responsables de la defensa nacional de ciertas potencias a evaluar sus posibles repercusiones en este sentido.

Por otra parte, la repercusión sanitario-social del problema está induciendo a algunos países a dictar normas legales que empiezan a condicionar la libre circulación de las personas, y pueden llevar a controles de la población de consecuencias imprevisibles, que hoy en día deben ser considerados como inaceptables desde el punto de vista de las libertades individuales y los derechos humanos.

Como muestra de la importancia del problema en su dimensión mundial, podemos recoger las predicciones del Servicio Norteamericano de Salud, que estima que para 1991 pueden existir más de 200.000 personas enfermas de SIDA en Estados Unidos o que hayan muerto de esta enfermedad. Estas cifras nos permiten juzgar la importancia del problema médico-social. A él hay que añadir el enorme problema económico que la atención de estos enfermos y su repercusión impone sobre la red sanitaria. Actualmente, el coste promedio por enfermo en Estados Unidos se evalúa en 120.000/130.000 dólares por individuo.

De la Conferencia Internacional de París de 1986 destacan datos de tanta trascendencia como la propia evaluación del Director General de la Organización Mundial de la Salud, de que si bien los casos declarados hoy se evalúan en el mundo en unos 30.000, las evaluaciones de la propia OMS indican que posiblemente el número real se aproxime a los 100.000. Por otra parte, la extensión de la infección en Africa, especialmente en Africa central, parece ser muy amplia.

El reciente descubrimiento de nuevos retrovirus, agregados en la denominación «retrovirus humanos relacionados con el virus de la inmunodeficiencia humana», viene a diversificar aún más el grave problema que plantea la amplia variabilidad genética del virus en cuanto a la producción de una vacuna eficaz.

Esta impresión preocupante, con respecto a la extensión de la infección y de la enfermedad, se ve atenuada por los grandes progresos que, desde el punto de vista del conocimiento del virus y de los mecanismos de replicación, se van consiguiendo a ritmo acelerado. No obstante, conviene tener en cuenta que en los países occidentales, al comprobarse que el número de casos de transmisión heterosexual aumenta con una tasa de crecimiento mayor que en otros grupos, se empieza a admitir que el riesgo no está en ser homosexual o drogadicto, sino simplemente en tener relaciones sexuales con alguien infectado o haber sido expuesto a sangre infectada. Todo esto hace que debamos considerar hoy al SIDA como un problema de características epidémicas, extendido más en ciertas áreas geográficas, y en ellas con características distintas en cuanto a las poblaciones afectadas.

Si el problema científico-médico viene condicionado por los puntos anteriormente expuestos, la extensión del problema y sus características hacen que conlleve cuestiones psicosociales de enorme importancia.

El impacto del SIDA en la sociedad postindustrial ha sido algo completamente inesperado por su carácter de

enfermedad infecciosa, por ahora incurable, no prevenible por vacunas y con una mortalidad elevada, postulados ya olvidados en el mundo moderno desde la gripe de 1918 u otras epidemias anteriores en la historia. Por otra parte, al afectar al individuo en sus contactos más íntimos, los sexuales, levanta sospechas de contagio en la familia y en el círculo social, afectando a la convivencia doméstica, laboral y escolar, así como originando en el individuo que resulta afectado una gran indefensión, agravable por sentimientos de culpabilidad.

La única forma de luchar frente a esta epidemia de finales del siglo XX será mediante la adopción de una estrategia nueva, consistente en la combinación de todas las acciones posibles, tanto científico-biomédicas como psicosociales, en un esfuerzo solidario de concienciación social. Es decir, no sólo desde el sistema sanitario, sino desde todo el entramado de la sociedad.

Descripción de la enfermedad y evolución de su conocimiento. Los primeros casos del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en el mundo se presentaron en la década de 1970, como lo demuestra el diagnóstico de casos de Sarcoma de Kaposi y neumonía por *Pneumocystis carinii* en varones homosexuales jóvenes previamente sanos en Estados Unidos, desde 1978, y la presencia de anticuerpos frente al virus de la inmunodeficiencia humana en sueros recogidos en distintas poblaciones africanas mucho antes.

Durante el mes de junio de 1981 fueron comunicados a los centros para el control de la enfermedad de Atlanta, cinco casos de neumonía producidos por *Pneumocystis carinii*, que se había presentado en hombres sanos, jóvenes y homosexuales, cuando lo normal es que sólo lo hiciera en niños malnutridos o enfermos del sistema inmune. En julio de ese mismo año, el número de casos presentados desde 1976 en hombres homosexuales, en Nueva York y California, con Sarcoma de Kaposi y neumonía, era ya de 26 y 15 respectivamente. El caso del Sarcoma era un tumor muy raro en Estados Unidos en personas jóvenes, presentándose en ancianos o en personas con alteraciones de su sistema inmune. A partir de ese momento, se implantó un programa de vigilancia epidemiológica.

Definición. Con objeto de poder llevar a cabo este programa, fue necesario acuñar una definición de caso. Así nació la siguiente definición del CDC, de Atlanta, que fue adoptada por todas las autoridades sanitarias del mundo y por la Organización Mundial de la Salud: «Una enfermedad diagnosticada con fiabilidad, al menos moderadamente indicadora de una deficiencia subyacente de la inmunidad celular, en una persona sin ninguna causa conocida de deficiencia de la inmunidad celular ni ninguna otra causa de disminución de la resistencia, previamente descrita, a la presentación de la enfermedad».

Esta definición se hace más precisa al especificar las enfermedades concretas que se usan como indicadores de SIDA:

A) Infecciones por protozoos y helmintos, que producen diarreas de más de un mes de duración; neumonía por *Pneumocystis carinii*; infección del sistema nervioso

central; infección de órganos internos, excepto bazo, hígado o ganglios linfáticos.

Infecciones por hongos, que produzcan esofagitis o que produzcan infección del sistema nervioso central.

Infecciones bacterianas, que produzcan infecciones diseminadas más allá de los pulmones y ganglios linfáticos.

Infecciones virales, que produzcan infección en órganos internos, excepto hígado y bazo; virus Herpes o leucoencefalopatía multifocal.

Por último, cáncer, en su variedad Sarcoma de Kaposi o linfoma.

B) Otras infecciones oportunistas con pruebas de laboratorio positivas para el virus de la inmunodeficiencia humana.

C) Neumonitis.

D) Linfoma no Hodking con resultado positivo para la prueba de detección del virus de la inmunodeficiencia humana.

Como vemos, los cuadros de patologías derivadas de la infección pueden alcanzar variedades e intensidades muy diversas y graves, creando complejos problemas de atención hospitalaria y de elevado coste económico, perturbando la ejecución de toda la política sanitaria.

Clasificación. Las infecciones asociadas al virus de la inmunodeficiencia humana muestran un amplio espectro clínico. Hoy en día se clasifican, según los Centros para el Control de la Enfermedad de Atlanta, en los siguientes grupos, que se presentan habitualmente en secuencia: Infección aguda; infección asintomática, linfadenopatía; otras enfermedades; enfermedades infecciosas secundarias; cánceres secundarios; otras condiciones, en fases terminales ya de la enfermedad.

Historia natural de la infección: características del virus, patología y transmisión. En febrero de 1982 se emitió la hipótesis de que la causa del SIDA sería un retrovirus linfotrópico posiblemente relacionado con el grupo de los HTLV. A partir de ese momento, se inicia la búsqueda sistemática de un retrovirus humano en linfocitos. En mayo de 1983, en el Instituto Pasteur de París, lograron aislar un retrovirus de un paciente con linfadenopatía, al que denominaron virus linfotrópico humano en células T. En mayo de 1984, el grupo del Instituto Nacional del Cáncer Americano publicó varios trabajos describiendo un virus, al que denominaron HTLV-III, y su asociación con el SIDA. El reconocimiento del origen de la enfermedad se asumió plenamente por la comunidad científica sólo a partir de esa fecha, es decir, hace menos de tres años.

Etiología. El agente etiológico de la enfermedad, un retrovirus humano, ha merecido distintas denominaciones, según los diversos investigadores, a partir de la Primera Conferencia Internacional de SIDA, en Atlanta, en 1985 y, recientemente, el Comité Internacional de Taxonomía de Virus ha denominado al agente etiológico de esta enfermedad como virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La OMS se ha adherido a este acuerdo, adoptando desde entonces esta denominación VIH en todas sus publicaciones. Este nombre elimina la multiplicidad de siglas con las que se identificaba hasta ahora el virus.

Recientemente se ha aislado un virus nuevo que produce una enfermedad similar, pero que, desde el punto de vista inmunológico, muestra diferencias con el primero. Por otra parte, se ha descrito otro virus, el denominado HTLV-IV, que produciría una infección asintomática.

El virus posee su material genético codificado en RNA y compuesto de siete genes. El mecanismo de multiplicación constituye un sistema biológico único, todavía no completamente conocido. Estos genes codifican proteínas que son reguladoras potentes de los fenómenos de latencia y persistencia, obedeciendo el paradigma biológico de una mejor regulación de la concentración de proteínas virales por un mecanismo de acción retardada. Es decir, se trata de un ente viral de gran simplicidad y capacidad de sobrevivencia, adoptando diversas configuraciones.

Variabilidad genética. La variabilidad de estos virus es muy grande. Recientemente se ha estudiado cómo varían distintos virus aislados a lo largo del tiempo en el mismo individuo. Esta gran variabilidad genética, con su gran repercusión antigénica, supone uno de los grandes problemas a la hora de desarrollar una vacuna, presentado un problema en cierta manera similar al que plantean otros virus ARN.

Patogenia. El virus llega al individuo sano susceptible, a partir de otro infectado, por alguna de las tres vías de transmisión hoy día aceptadas: sanguínea, sexual y perinatal. La mayor parte del virus suele estar asociado a la célula y, a través del linfocito T4 facilitador, pasa a los distintos líquidos orgánicos como el semen, la saliva, las secreciones bronquiales, las vaginales, las lágrimas, etcétera, transformándolos en potencialmente infecciosos, aun cuando éstos, excepto el semen, no sean vehículos de infección eficaz por la baja concentración de virus presente en ellos. Comparativamente cabe señalar que de 83 intentos, sólo se consiguió un aislamiento en saliva, frente a 28 aislamientos de 50 muestras de sangre en la misma población.

El RNA vírico, mediante la enzima transcriptasa inversa, se copia en DNA, el cual se integra como provirus en el DNA celular o se acumula en el citoplasma. El linfocito infectado se activa mediante antígenos o mitógenos, diferenciándose y dividiéndose a la vez que produce virus por la replicación del genoma vírico integrado. Este virus puede, a su vez, infectar otros linfocitos que, dado el carácter citopático del virus, van a ir disminuyendo en número a medida que la infección progresa, dando como consecuencia la instauración de la inmunodeficiencia, la cual puede ser tan acusada que en los momentos finales de la enfermedad no se detectan anticuerpos frente al virus, convirtiéndose el individuo en seronegativo. Esto explica que infectados avanzados no sean positivos ante las pruebas.

El desarrollo de la infección lo podemos resumir de la siguiente manera. A las dos o tres semanas del contacto infeccioso, el individuo presenta un cuadro seudogripal con la aparición de un exantema en la piel que desaparece sin dejar secuelas en unos siete días. En este momento se inicia un período de unas pocas semanas en el que el individuo permanece asintomático. Aunque pueda aislar-

se el virus de su sangre, no ha desarrollado todavía anticuerpos. Este período de diez-doce semanas se conoce como período «ventana». En él, la prueba de anticuerpos da un resultado negativo, dificultando el control de la enfermedad.

Más tarde, el individuo se convierte en seropositivo, pero no presentará síntomas, en su caso, hasta muchos meses después. En los pocos casos en que se tienen datos fiables del momento de la infección, se ha podido observar que a los catorce meses después de la infección —como media— en los casos postransfusionales en niños, a los veintiocho meses en casos postransfusionales en adultos y a los cuarenta y tres meses en homosexuales, se inicia la sintomatología del SIDA coincidente con una caída de ciertos anticuerpos. Así, un 5 ó 10 por ciento de los individuos infectados va a desarrollar SIDA y un 10 ó 20 por ciento el complejo relacionado con el SIDA en un plazo de dos o tres años.

En la persona afectada, a medida que pasa el tiempo, el número de linfocitos T4 se va reduciendo y el aislamiento del virus es cada vez más difícil, lo que sugiere la existencia de un fenómeno tóxico asociado, puesto que, cuanto menos probable es el aislamiento del virus, mayor es la destrucción de linfocitos.

Vías de transmisión y prevención. Como comprueban SS. SS. he hecho esta breve descripción de la historia natural de la infección, por cuya sencillez pido disculpas, para llegar al problema central de la prevención de las mismas.

El SIDA es una enfermedad grave que supone un problema sanitario preocupante, ya que, a pesar de los grandes avances que se están realizando en cuanto a tratamiento y vacunas, no disponemos todavía de productos de eficacia práctica en este sentido. No obstante, y dado que las vías de transmisión son a través de sangre, por el acto sexual o de madre infectada a hijo, se pueden poner en práctica medidas eficaces y sencillas para evitar el contagio.

En relación a otras posibles vías de transmisión, se sabe que el virus puede sobrevivir al menos una hora en chinches, y se ha encontrado también en mosquitos, hormigas león, cucarachas y moscas tse-tse de Centroáfrica. Conviene señalar que la mera presencia de virus en artrópodos no significa necesariamente ni su capacidad de replicación en los mismos, ni siquiera transmisión mecánica, en la cual influyen los modos de proveerse la ingesta de sangre para alimentos. Deben evitarse, pues, alarmas en la población por relación con insectos.

Las recomendaciones para prevenir esta infección son: Primero. No compartir agujas y jeringas con nadie, usando siempre material de un solo uso. No compartir tampoco cepillos de dientes, cuchillas de afeitar y otros objetos de uso personal. Todas las donaciones de sangre y todos los hemoderivados deben pasar ya un control previo, en el que son analizados en cuanto a la presencia de anticuerpos frente a este virus.

Segundo. Utilizar preservativos en las relaciones sexuales con personas de las que nos podamos estar seguros que no estén infectadas.

Tercero. Conviene que toda persona que sospeche que puede haberse infectado, pueda realizar voluntariamente la prueba de detección de anticuerpos en la sangre. Si el resultado confirmado es positivo, debe tomar las precauciones correspondientes antes citadas. La ropa íntima de estas personas debe lavarse con agua caliente, pues el virus, a más de 65 grados durante veinte minutos, se destruye. Sobre las manchas de sangre o fluidos corporales de las preguntas infectadas debe verse lejía concentrada o alcohol al 70 por ciento durante veinte minutos antes de limpiarlas, acción que conviene realizar con guantes como precaución adicional no imprescindible.

Insisto en estos datos, señorías, ya que aparecen noticias confusas a este respecto: el virus se destruye con lejía concentrada, alcohol al 70 por ciento o calor a 65 grados durante veinte minutos.

Cuarto. Las mujeres que tengan presencia de anticuerpos frente al virus, es decir, las que estén infectadas, no deben quedar embarazadas y, en caso de gestación, su situación podría acogerse a los supuestos legales de interrupción del embarazo.

Según indican los expertos, no existe ningún riesgo por estar en los mismos espacios con personas infectadas (trabajo, escuelas, locales de espectáculos, transportes públicos, etcétera). Por ello no está justificada discriminación alguna.

Por lo tanto, si nos protegemos con las medidas enunciadas, protegeremos eficazmente a la comunidad. Informar y educar es la mejor manera de poder vivir en una sociedad civil, sin restricciones a la sociedad y a la libertad individual por este motivo.

Terapéutica. En el terreno de la terapéutica, los estudios controlados han demostrado mejoría de algunos pacientes con algunos productos incorporados en espermicidas. Existen dos experiencias demostradas a este respecto. También se han usado en ensayos clínicos otros productos que realizan una acción inhibitoria de la multiplicación del virus, pero todos ellos resultan tóxicos y no resuelven el problema fundamental, que es la persistencia del virus en las células de la persona infectada.

Vacunas. en el desarrollo de una vacuna, aun cuando son muchas las dificultades que restan, ha habido también grandísimos avances. Se ha ensayado en chimpancés —animales que no desarrollan inmunodeficiencia, pero sí una infección persistente— una vacuna obtenida por recombinación de VIH que ha sido capaz de inducir respuesta de anticuerpos, aunque de valor limitado por no proteger frente a otros tipos de virus, que van asociados obviamente al de la inmunodeficiencia. Recientemente también, en la última reunión de la OMS en Ginebra, se ha comunicado que se están realizando ensayos en personas, en Zaire, con una vacuna derivada de la envuelta del virus con cierto éxito. La impresión general es que una vacuna, o un producto destructor de las células infectadas, no podrá estar disponible con efectividad antes de tres a cinco años.

Evolución de la enfermedad en el mundo. Hasta el 14 de noviembre de 1986 se habían notificado 34.448 casos, correspondientes a 77 países (24 países más declaraban

no tener casos). De ellos, en Europa se habían declarado 3.694 casos, correspondientes a 23 países (cuatro más declaraban no tener casos); en Asia, 68 casos, correspondientes a nueve países (cuatro más sin casos); en Oceanía, 344 casos, correspondientes a dos países; en América, 29.273 casos, correspondientes a 33 países (11 más declaraban no tener casos), y en África, 1.069, correspondientes a 10 países (cinco más declaraban no tener casos).

Basándose en los datos obtenidos en Europa de casos de residentes de los países de África Negra y en algunos estudios realizados localmente, se considera que las cifras de declaración infravaloran la realidad en África, atribuyéndose esa subestimación del número de casos a las deficiencias del sistema sanitario de esos países, que se reflejan en la declaración. La penuria de medios hizo ya adoptar definiciones de caso estrictamente clínicas. En Uganda, Zaire, Ruanda o Malawi, con el 25 por ciento de seroprevalencia en población general, la situación es dramática.

Entre los enfermos de SIDA no se contabilizan aquellos con sintomatología que no reúnen los requisitos de la definición basada en los criterios del CDC de Atlanta, aceptada por la Organización Mundial de la Salud y utilizada internacionalmente.

El número de personas infectadas por el virus se estima entre 5 y 8 millones en todo el mundo. De ellos, 1,5 a 2 millones corresponden a Estados Unidos, 0,5 millones a Europa y 2,5 a 5 millones a África. Aproximadamente, al menos el 25 por ciento de las personas infectadas en el mundo han desarrollado sintomatología (SIDA, complejo relacionado con SIDA o linfadenopatía persistente) en el curso de 5 a 7 años, tras el momento de la infección, por lo que se considera que, al menos, de 500.000 a 2 millones de los antes citados pueden desarrollar SIDA en los próximos 4 ó 5 años en todo el mundo.

Estimación de los tiempos de doblaje y colectivos afectados. Los tiempos de doblaje de casos en el mundo, realizados por la OMS, han sido: Cinco meses en enero de 1982 (220 casos); seis meses en junio de 1982 (439 casos); seis meses en diciembre de 1982 (878 casos); siete meses en julio de 1983 (1.756 casos); ocho meses en febrero de 1984 (3.512 casos); nueve meses en diciembre de 1984 (7.025 casos); once meses en octubre de 1985 (14.049 casos); trece meses en diciembre de 1986 (28.098 casos).

La estimación de tiempos de doblaje para algunos países de la Comunidad Económica Europea por el Centro Internacional de Colaboración de la OMS para SIDA, realizada a finales de 1986, nos refiere las siguientes cifras: para Bélgica, un doblaje en 13,8 meses (18,2 casos por millón); para Dinamarca, 15,4 meses (21 casos por millón); para Francia, 11,6 meses (19,1 por millón); para la República Federal Alemana, 8,3 meses (11,1 por millón); para Italia, 4,7 meses (6,4 por millón); para los Países Bajos, 10,6 meses (12,4 por millón); para Reino Unido, 10,7 meses (9,1 por millón); para España, 6,9 meses (6,2 por millón). En Estados Unidos, el número de casos notificados hasta el 8 de diciembre era de 20.098, doblándose en 13 meses (124,3 por millón).

Repáren SS. SS. en las tasas por millón y comprueben

que España se encuentra todavía en una fase evolutiva todavía inicial y, por tanto, más controlable. Esto es muy importante para contener los riesgos potenciales, aprovechando experiencias ajenas y haciendo participar a todos.

A pesar de la insistencia que se observa a veces en considerar la enfermedad como propia de homosexuales y drogadictos exclusivamente, hoy en día no existen dudas sobre la transmisión heterosexual del virus. En África Negra la afectación es igual en hombres y en mujeres. Sin embargo, en Estados Unidos, y en la Región Europea de la OMS, el primer grupo por número de casos es el formado por personas con prácticas homosexuales y el segundo el de adictos a drogas por vía intravenosa. No obstante, en el sur de Europa, el principal grupo afectado es el de drogadictos. Así, en Italia, el 51 por ciento de sus casos son drogadictos y en España el 46 por ciento. Cifras similares se dan en el sur de Francia.

Evolución de la enfermedad en España. En España, a 14 de diciembre de 1986, el número total de casos declarados era de 242, aproximadamente 6,2 por millón —como he dicho—, habiéndose declarado el primer caso en el último trimestre de 1981.

La distribución geográfica de los casos de SIDA va desde 76, en Madrid; 46, en Cataluña; 32, en el País Vasco, y uno en Asturias, Murcia y Rioja y ninguno en Extremadura. Hay ocho casos más de adictos a drogas por vía intravenosa en que se desconoce la Comunidad Autónoma a que pertenecen y cuatro más, también adictos a la droga por vía intravenosa, oriundos de otros países. Repito que el 46 por ciento de estos casos eran drogadictos por vía parenteral.

En total ha habido 214 casos en varones (129 ya fallecidos) y 28 casos en mujeres (18 ya fallecidas). La media de edad más frecuente es de veinte a veintinueve años, seguida del intervalo de treinta a treinta y nueve años.

La distribución por patología es como sigue: infecciones oportunistas, 192 casos; sarcoma de Kaposi, 18; otras combinaciones, 14 casos.

No quiero extenderme más en las cifras, señorías. Sólo mencionar que las tasas estimadas de anticuerpos en individuos sin síntomas, pertenecientes a grupos de población con prácticas de riesgo de España, son: 65,3 por ciento en personas con adicción a drogas por vía intravenosa; 55 por ciento en hijos de madres adictas a drogas por vía intravenosa; 50,3 por ciento en hemofílicos; 20,8 en hombres con prácticas homosexuales; 51,2 por ciento en niños nacidos de mujeres seropositivas, y 10,1 en pacientes sin sintomatología relacionada con el SIDA, procedentes de clínicas de enfermedades de transmisión sexual. La seroprevalencia en donantes altruistas de sangre es del 0,06 por ciento. Estos datos fueron obtenidos por el Centro Nacional de Virología, del Instituto Carlos III, en su estudio sobre el registro de casos, a septiembre de 1986, estudio que sigue abierto.

Evolución de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y otras instituciones. Diversos organismos de influencia internacional, comenzando por el CDC de Atlanta, en 1982, y posteriormente la OMS, en 1983, el Consejo de Europa, en 1985, y la Comisión de la

Comunidad Económica Europea, en 1985 también, han venido elaborando recomendaciones para enfrentarse a la enfermedad. España ha participado en las reuniones de estos tres últimos, y en especial de la OMS, tanto de Región Europea como del Programa Mundial de Ginebra. Expertos del Centro Nacional de Virología contribuyeron a la elaboración de las bases del programa mundial en diciembre de 1985. En la misma reunión fue designado dicho Centro como colaborador de la OMS en este campo. En ese momento sólo existían ocho instituciones acreditadas como tal en todo el mundo.

Al Centro de Majadahonda se encargó la elaboración de diversos reactivos que sirvieran de patrones internacionales de referencia. Recientemente el ex director de este Centro, hoy Director del Instituto Carlos III, el doctor Nájera ha sido designado coordinador del grupo de trabajo de la OMS para definir las características de los nuevos retrovirus humanos relacionados con el SIDA.

Las recomendaciones elaboradas por esos organismos han ido evolucionando a medida que se iba avanzando en el conocimiento del virus, la enfermedad y las vías de transmisión, coincidiendo sustancialmente todos ellos. El Boletín Epidemiológico y el Boletín Microbiológico Semanal del Centro Nacional de Virología han recogido y difundido esas recomendaciones entre todos los profesionales sanitarios españoles de forma permanente y puntual.

Las últimas recomendaciones de la OMS, aprobadas en mayo de 1986, comprenden precauciones para trabajadores en atención de salud y para otros trabajadores, así como guías para la transmisión parenteral para profesionales de la salud en general, para grupos de alto riesgo y población en su conjunto y normas de desinfección y esterilización. Estas recomendaciones se han hecho llegar a todos los centros hospitalarios, estando en edición 200.000 ejemplares para su difusión masiva individual en todo el sector sanitario, tanto privado como público.

Por otra parte, el Programa Específico de SIDA de la OMS consta de cuatro componentes, que los mismos expertos españoles que participaron en su elaboración, como el doctor Nájera antes citado, están aplicando ahora en España. Esos componentes son: información, educación y prevención; reactivos y pruebas de laboratorio; cooperación técnica entre países miembros e investigación en vacunas y terapéuticas. Estas recomendaciones han sido aplicadas dentro de programas legales específicos por cada país. Dichos programas legales, es decir, conjunto de normas, resumidos son:

Australia. Se ha regulado la donación de sangre con relación al SIDA; se han limitado las responsabilidades en caso de infección por transfusión de sangre; en algunos territorios se ha hecho obligatoria la declaración de los casos y se han establecido normas de confidencialidad.

Austria. Se ha legislado sobre la declaración obligatoria de casos. Se han elaborado recomendaciones al personal sanitario y de laboratorio sobre plasmáfesis, sobre la detección de anticuerpos y sobre el consejo y cuidado a las personas seropositivas, etcétera.

Bélgica. Se ha regulado la preparación, preservación y el uso de la sangre con fines terapéuticos, los métodos de

detección de anticuerpos, las transfusiones de sangre y la plasmáfesis y se han designado laboratorios de referencia.

Canadá. Se ha regulado la autorización de las pruebas para detección de anticuerpos anti VIH; se toman medidas específicas con relación a los cadáveres y se regula la donación de sangre. En algunas provincias se considera la enfermedad de declaración obligatoria.

Francia. Se ha regulado al respecto la donación de sangre, incluyendo la prueba obligatoria de detección de anticuerpos VIH y las precauciones a tomar en el cuidado de pacientes y en el laboratorio, así como la información que debe darse a las personas seropositivas. Asimismo, existen normas con relación a los adictos a drogas por vía intravenosa y se han tomado medidas en relación con las cárceles. Se considera el SIDA como una enfermedad de declaración obligatoria.

Italia. Se han tomado medidas legales específicas de profilaxis en prisiones y en los establecimientos sanitarios, sobre el procesado de materiales biológicos y los exámenes anatomopatológicos, los procedimientos de notificación de caso, pruebas de anticuerpos anti VIH para drogadictos por vía intravenosa y transmisión a través de la sangre y hemoderivados, etcétera.

Reino Unido. Existen medidas similares a las anteriores, aplicables a hemodonaciones y otras donaciones, medidas de seguridad y profilaxis.

Estoy saltando sobre varios países, porque todas estas medidas se encuentran resumidas en el documento de la OMS, que se recoge en la carpeta que luego les entregaré. En ella están también las recomendaciones y los Boletines Epidemiológicos que he citado.

Estados Unidos. Existen guías y recomendaciones muy completas. En todos los Estados es obligatorio el control de todas las hemodonaciones. Existe una legislación específica para impedir discriminación en vivienda, trabajo o seguros o entidades y regulación de la guarda de la confidencialidad.

Al mismo tiempo, en todos los Estados citados se han hecho campañas de información al público en general y a grupos de riesgo de muy diverso contenido. En la mayor parte de los países europeos estas campañas se han intensificado en los últimos dos o tres meses, sin dejar de suscitar polémicas sobre su mensaje y alcance.

Esta polémica se está extendiendo actualmente a la posible obligatoriedad de las pruebas a todos los individuos de grupos de riesgo. Esto suscita debate no sólo por su relación con las libertades individuales, sino también por la complejidad de acciones sociales con respecto a los positivos, qué hacer con ellos, su control posterior y el respeto a la confidencialidad.

Todas estas cuestiones fueron estudiadas en la reunión del Consejo de la Comunidad Económica Europea de 6 de diciembre de 1986, en la que se aprobó una comunicación sobre lucha contra el SIDA.

En ella, entre otras líneas de acción, se acordó el examen en común de la eventual pertinencia de ciertas medidas que puedan afectar a la política migratoria, la libre circulación de las personas, la libertad de establecimien-

to y la igualdad de acceso al empleo. Insisto, eventual pertinencia. El interés de la CEE es que haya una política común en materias tan delicadas.

En esa reunión se aprobaron también otras conclusiones sobre: Intercambio de experiencia, especialmente en materias de información y educación para la prevención; investigación sobre epidemiología, virología-inmunología y tratamiento de la enfermedad en Europa y en los países en desarrollo; cooperación internacional de toda la CEE en la lucha contra el SIDA.

Por último, se aprobó un presupuesto de dos millones de ECUs por año con objeto de montar una oficina de coordinación de la CEE en relación con la información y la educación para la salud del público, preparación del material de información y reparto del procedente de los distintos estados miembros, así como la coordinación con los distintos grupos de trabajo de la propia Comunidad Económica Europea.

Medidas adoptadas en España. Medidas encaminadas a conocer la realidad de la situación actual del SIDA en nuestro país:

Creación de la Comisión Nacional de Trabajo sobre SIDA en mayo de 1983. Esta Comisión está compuesta por representantes de la Administración: Director General de Planificación Sanitaria, Subdirector General de Epidemiología y otros y expertos en hematología, patología infecciosa, inmunología, anatomía patológica, virología, epidemiología, todos ellos seleccionados entre los más prestigiosos de nuestro país.

Formación de un registro abierto de casos, aplicando los criterios internacionales para definir un caso de SIDA. Desde 1981 hasta el 14 de noviembre de 1986 se han registrado los 242 casos antes mencionados.

Se ha instituido como Centro de Referencia Nacional para diagnóstico serológico y virológico del SIDA el Centro de Microbiología, Virología e Inmunología Sanitarias de Majadahonda, designado por la OMS, como he dicho, para coordinar un estudio internacional sobre técnicas diagnósticas —sobre reactivos— del SIDA. Este Centro remite a laboratorios de Salud Pública de varios países de América Latina reactivos propios para la confirmación de resultados, dentro del Programa de Reactivos de la Oficina Sanitaria Panamericana y las actividades científicas relacionadas con el V Centenario.

Como he dicho antes, el ex director de este Centro, hoy Director del Instituto Carlos III, ha sido designado coordinador del grupo de trabajo de la OMS para definir las características de los nuevos retrovirus humanos relacionados con el SIDA, es decir, para definir la familia de retrovirus que pueden provocar el SIDA.

Se ha establecido un estudio multicéntrico, cuyo objetivo es conocer la prevalencia de la seropositividad para el virus de la inmunodeficiencia humana en nuestro país. Dicho estudio ha aportado datos sobre la infección, tanto en grupos de riesgo como en donantes de sangre, cuyos resultados se han ido publicando en el «Boletín Microbiológico Semanal», como antes dije.

Se ha realizado estudio de proyecciones, aplicando modelos matemáticos orientados a conocer el número de ca-

sos que se esperan aparezcan en un futuro próximo, con objeto de planificar sobre una base epidemiológica racional. En 1986 había declarados y previstos aproximadamente esos 242 casos y se espera que en 1987 se declaren 280.

Difusión en los medios sanitarios de la información obtenida mediante el «Boletín Epidemiológico Semanal», «Boletín Microbiológico Semanal» e informes especializados.

A nivel internacional, la Comisión se ha integrado en todos los organismos internacionales que trabajan sobre el SIDA, con los cuales mantiene una colaboración periódica y participa en comisiones de trabajo.

Participación activa en reuniones de trabajo y conferencias internacionales, a fin de conocer la situación en otros países y poder contrastar con la nuestra.

Creación por parte de las Comunidades Autónomas de Comisiones Regionales, que permiten un mejor control del síndrome de inmunodeficiencia en su ámbito de influencia.

Medidas encaminadas al control de la enfermedad: Obtención de información en la FDA por funcionarios españoles expresamente desplazados a Washington sobre importaciones de plasma procedentes de los Estados Unidos en 1983. También en 1983, mantenimiento de los Laboratorios Hubber en el sector público, con supervisión directa del Ministerio de Sanidad y Consumo, para disponer continuamente de información sobre el tráfico internacional de plasma humano. Recomendaciones sobre exclusión de los donantes de sangre pertenecientes a grupos de riesgo, también a mediados de 1983. Diciembre de 1983, resolución sobre control de importaciones de medicamentos, relacionados directa o indirectamente con el síndrome de inmunodeficiencia.

En 1984, Real Decreto sobre inspección de géneros medicinales en Aduanas, con previsiones concretas sobre hemoderivados.

En 1985, Orden Ministerial de inspección de géneros medicinales en Aduanas. Mayo de 1985, recomendación a los fraccionadores de plasma, instándoles a emplear el test de detección de anticuerpos, cuya comercialización se inicia el 1 de marzo en los Estados Unidos. Resolución de 6 de septiembre de 1985, para evaluación por el Centro Nacional de Referencia, de todos los test de detección de anticuerpos frente al VIH, con el fin de establecer recomendaciones sobre su uso más eficaz, dependiendo de los fines: confirmación de casos, «screening» de grandes grupos de población, u otros. Resolución de 6 de septiembre de 1985, de la Subsecretaría de Sanidad y Consumo, obligando a los laboratorios a la detección de anticuerpos frente al VIH en todas y cada una de las unidades de plasma procedentes de extracciones que se utilicen para su fraccionamiento y posterior obtención de hemoderivados, incluyendo los factores de coagulación. Cada unidad de plasma, así como las fracciones de plasma que se importen del extranjero, dispondrán de un certificado que acredite que dichas unidades han sido sometidas a la prueba de detección de anticuerpos.

Se han difundido las medidas específicas para el trata-

miento correcto en pacientes hemofílicos, estimulando el uso de crioprecipitados y factores de coagulación tratados por calor.

Se ha publicado, en 1985, el Plan Nacional de Hemoterapia por el que se prohíbe la donación remunerada de sangre y se potencia la autosuficiencia de sangre y hemoderivados. Circular de junio de 1985 a los Bancos de Sangre, con normas específicas de exclusión como donantes de las personas que pertenezcan a grupos de riesgo o infectados por el virus de inmunodeficiencia humana. Aprobación de la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 4 de diciembre de 1985, sobre hemodonación y Bancos de Sangre, regulando los criterios de autoexclusión de la hemodonación.

Se ha realizado un trabajo de recopilación de todas las medidas que deben ser adoptadas por los grupos de riesgo (hemofílicos, receptores de componentes sanguíneos y donantes y receptores de órganos, transmisión perinatal, personal sanitario, homosexuales, drogadictos por vía intravenosa y, por último, individuos con anticuerpos positivos), y se han publicado en el «Boletín Epidemiológico Semanal» para su difusión.

Se han editado folletos, trípticos e informes, tanto por el Ministerio como por las Comunidades Autónomas, dirigidos a los grupos de riesgo y a la población en general, difundiendo dichas medidas y siendo soportes válidos para la educación de la salud.

Diversas Comunidades Autónomas y Ayuntamientos han contactado y apoyado asociaciones de grupos de riesgo para realizar una mejor difusión de la información y de las medidas preventivas, que posteriormente se han convertido en los llamados comités anti-SIDA.

Se han puesto en marcha diversas recomendaciones, tanto a las Comunidades Autónomas como al INSALUD, para que todos los casos de SIDA sean atendidos dentro de la red hospitalaria, según la demanda asistencial que requiera el paciente. Asimismo, se especifica que todos los individuos positivos, con síntomas o sin ellos, deberán tener una atención médica en consultas externas o en atención primaria, para que reciban todo tipo de ayuda, tanto de educación para la salud como médica.

Dentro de las actividades de las Comunidades Autónomas, destaca la puesta en marcha, por la mayoría de ellas, de oficinas de información que atienden las consultas relacionadas con esta enfermedad, así como grupos de expertos.

El Instituto de Salud Carlos III organizó, auspiciado por la Oficina Sanitaria Panamericana de la OMS, en colaboración con los Centros para el Control de Enfermedades de Atlanta y los Institutos Nacionales de la Salud de Bethesda, el I Curso Internacional sobre SIDA, el 10 de febrero del pasado año, al que asistieron representantes de todos los países latinoamericanos. Esta es una muestra de la colaboración con los países de América Latina.

Otras acciones sistemáticas han sido: inspecciones de los laboratorios fraccionadores, suministro de medicamentos extranjeros, como Pentamidina, y seguimiento de medicamentos en base de investigación, como el AZT; Orden Ministerial de 18 de febrero de 1987, sobre pruebas

de detección antiVIH en las donaciones de sangre. Existía previamente recomendación de hacerla a través de la información facilitada por el «Boletín Epidemiológico» del Ministerio de Sanidad y Consumo, y de hecho se estaba realizando en más de un 80 por ciento de las hemodonaciones.

Medidas propias de las Comunidades Autónomas. Andalucía. Orden de 4 de diciembre de 1985, por la que se crea el Comité de expertos sobre el SIDA. Orden del 12 de diciembre de 1985, por la que se crea la Comisión de participación ciudadana sobre el SIDA. Orden del 16 de junio de 1986 por la que se establece la declaración de enfermedades de declaración obligatoria en el ámbito de la Comunidad Autónoma andaluza.

Aragón. Orden de 3 de diciembre de 1985, por la que se declara obligatoria la prueba de detección de anticuerpos frente al virus asociado a la linfadenopatía-virus linfotrópico humano, tipo LAV, por los Bancos de Sangre de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Asturias. Resolución de 1 de agosto, por la que se crea la Comisión de estudio sobre el síndrome de inmunodeficiencia.

Baleares. Orden del Conseller de Sanidad y Seguridad Social, de 30 de septiembre de 1985, por la que se crea el Consejo asesor sobre el síndrome de inmunodeficiencia.

Castilla y León. Orden de 15 de noviembre de 1985, por la que se constituye el Comité regional de expertos para el estudio del síndrome de inmunodeficiencia.

Cataluña. Orden de 10 de octubre de 1986, por la que se declara obligatoria la prueba de detección de anticuerpos en todas las donaciones de sangre que se realicen en Cataluña.

Madrid. Orden de 1 de octubre de 1985, por la que se crea la Comisión regional de seguimiento del SIDA. Orden de 4 de febrero de 1987, por la que se amplía esta Comisión regional. Orden del 6 de febrero, por la que se nombran miembros expertos de esta Comisión regional. Orden de 4 de abril de 1986, dando una nueva redacción a las anteriores.

Navarra. Decreto foral de 23 de octubre de 1985, por el que se establece la obligación de la determinación sistemática de anticuerpos frente al virus del SIDA en las donaciones realizadas en el Banco de Sangre de Navarra, y de la utilización de jeringuillas desechables de un solo uso en las prácticas sanitarias intravenosas o parenterales, dentro del territorio de la Comunidad Foral.

País Vasco. Orden de 10 de septiembre de 1985, por la que se establece la obligatoriedad de realizar la prueba de detección de anticuerpos. Orden de 4 de octubre de 1985, sobre acreditación de laboratorios para la realización de la prueba. Resolución de 8 de octubre de 1985, por la que se establecen normas para la realización de la prueba de detección en los laboratorios de los Bancos de Sangre de la Comunidad Autónoma Vasca.

Como vemos, señorías, las actuaciones legadas en España han sido correctas, y han seguido las recomendaciones internacionales y la experiencia de los países europeos y han tenido en cuenta la prevalencia de la enferme-

dad en nuestro país, si bien ha llegado el momento de que sean reforzadas.

Problemas específicos en España: Ya se ha dicho que el mayor grupo de riesgo en Europa es el de homosexuales varones; sin embargo, en España e Italia el grupo mayor es el de drogadictos intravenosos, que está en torno al 60 por ciento. De igual modo, estos dos países aportan a Europa una alta proporción del conjunto de drogadictos con SIDA. También nuestro porcentaje de seropositivos en este grupo de riesgo es del 63 por ciento, mucho más alto que el promedio europeo.

Junto con el estudio de estas diferencias, se están estudiando en España las posibles medidas correctoras: mejorar el acceso a los servicios sanitarios de esta población, a través del Plan Nacional sobre Drogas, y educación sanitaria de esos colectivos a través de agentes sociales como, por ejemplo, las comisiones de ciudadanos anti-SIDA que están surgiendo o que ya están implantadas.

Situación en prisiones de la infección por VIH. Sobre diferentes estudios realizados en algunas prisiones, Granada, Puerto de Santa María, Barcelona, Madrid (Carabanchel y Yeserías), se puede afirmar que las tasas de seroprevalencia en prisiones siguen los niveles detectados en adictos a droga por vía intravenosa. Las tasas de seroprevalencia en drogadictos oscilan entre un 50-80 por ciento, con una media en torno al 60 por ciento, según grupos de edad, observándose que el porcentaje global de la prisión varía con el porcentaje relativo de drogadictos en la misma.

En estudios realizados en la prisión de Carabanchel por el Ayuntamiento de Madrid, en colaboración con el Instituto de Salud Carlos III, se ha podido comprobar la presencia de un 40,2 por ciento de adictos a drogas por vía intravenosa, con un 11 por ciento que muestran tatuajes y un 2 por ciento que reconoce ser homo o bisexual. Un 74 por ciento de los reclusos drogadictos por vía intravenosa presentan anticuerpos frente al virus, lo que da un porcentaje global en la prisión de un 30 por ciento.

En la prisión de Yeserías sobre mujeres, un 74 por ciento son adictas a las drogas por vía intravenosa, un 4,5 por ciento presenta tatuajes y un 1,3 reconoce dedicarse a la prostitución. De las mujeres adictas a las drogas, un 78 por ciento son VIH positivas, lo que da un porcentaje global de un 57 por ciento de positividad en toda la prisión.

Como se puede apreciar, los porcentajes de positividad global están en relación muy directa con el porcentaje relativo de drogadictos por vía intravenosa.

Actuaciones generales a lo largo de los últimos meses. Como indiqué en mi comparecencia ante esta Cámara, de 9 de octubre de 1986, tres de las prioridades de la política sanitaria eran la potenciación de la política de prevención y promoción sanitaria, la coordinación con las Comunidades Autónomas hasta llegar a la constitución del Sistema Nacional de Salud y la mejora de los instrumentos de apoyo técnico-científicos a este sistema, a través del nuevo Instituto de Salud Carlos III, previsto en la Ley General de Sanidad.

Con relación al primero, estamos hoy tratando uno de sus aspectos más importantes, que se integra en el con-

junto de grandes planes entonces mencionado: plan de lucha contra las enfermedades infecto-contagiosas: vacunaciones, zoonosis, sexuales, tuberculosis, hepatitis, además del SIDA. Recordarán que el segundo plan era el materno-infantil, el tercero el tendente a orientar los hábitos de vida y el cuarto el de prevención de accidentes laborales y de circulación.

Todos estos planes no pueden llevarse a cabo exclusivamente por el Ministerio de Sanidad y Consumo, sino que exigen la coordinación con las Comunidades Autónomas, en virtud de las competencias de éstas, y la colaboración de instituciones nacidas de la sociedad civil o de carácter profesional, como las sociedades científicas de la profesión médica, a las que se ha pedido oficialmente su contribución y ofrecido ayuda financiera y de otro tipo.

Con respecto a la coordinación de todas las Comunidades Autónomas, ésta se hace más imprescindible en el asunto que hoy nos ocupa, ya que, como saben SS. SS., entre las competencias de aquéllas se encuentran, en virtud de sus propios Estatutos y conforme a los Reales Decretos de Transferencia de Funciones y Servicios de la Administración del Estado: a) El estudio, vigilancia, análisis epidemiológicos de los procesos que inciden positiva o negativamente en la salud humana.

b) Los programas sanitarios tendentes a la protección y promoción de la salud, tales como los de higiene materno-infantil, escolar, industrial, laboral, deportiva, mental, así como las acciones sanitarias permanentes en materia de enfermedades transmisibles, antropozoonosis y educación sanitaria.

No obstante, según esos Estatutos, «las Comunidades Autónomas prestarán su colaboración y coordinarán sus servicios con los de la administración sanitaria del Estado, especialmente para conseguir la mayor eficacia y exactitud de los Registros Generales Sanitarios, de los servicios de vigilancia y análisis epidemiológicos, así como las medidas de protección de la salud pública.

Para articular estas competencias se ha elaborado ya la norma reguladora del Consejo Interterritorial, previsto en la Ley General de Sanidad. El proyecto definitivo, ya sometido a las Comunidades Autónomas, está siendo objeto de los últimos retoques, siendo próxima su publicación.

Mientras tanto, cuestiones tan diversas como la planificación de recursos humanos o las actuaciones en materia de prevención, especialmente en el terreno del SIDA, están siendo ya coordinadas, como es obligado, con estas Comunidades Autónomas.

Por último, en el terreno de apoyo técnico-científico y por la importancia que tiene en relación con la lucha contra el SIDA, permitan SS. SS. que mencione la organización y funcionamiento del Instituto Carlos III, ya diseñada y de próxima publicación en forma de Real Decreto.

Como ya se anunció, el Instituto, siguiendo la vieja tradición del Instituto Nacional Alfonso XIII, creado por Cajal, Tello y Pittaluga, y el Instituto Nacional de Sanidad de 1934, se integrará en la tendencia de otras instituciones internacionales, como el NIH de Bethesda, el Pasteur de París o el Lister de Londres.

Este nuevo centro se configurará como órgano de apo-

yo científico del Departamento de Sanidad y de los distintos Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, en coordinación con el Consejo Interterritorial de Salud y la colaboración con otras administraciones públicas, desarrollando las funciones que SS. SS. conocen, entre las cuales cabe destacar las de investigación, docencia y control analítico en el ámbito sanitario, así como las funciones directivas y coordinadoras de la investigación sanitaria, a través del Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social, etcétera.

Por otra parte, la misma Ley General de Sanidad lo constituye en órgano de referencia nacional en las materias que son de su competencia. Este instituto comprenderá el actual Centro Nacional de Microbiología, Virología e Inmunología, del cual estamos hablando tanto hoy y que durante los últimos años ha prestado servicio diagnóstico de enfermedades infecciosas, destacando mucho entre ellas el SIDA, que por su complicación tecnológica o alto coste no puede llevarse a cabo en otros laboratorios. El instituto ha desarrollado una activa labor de referencia para organismos patógenos de importancia sanitaria, como el mismo SIDA, y ha llevado a cabo programas de investigación básica.

El Instituto Carlos III comprenderá también los centros dedicados a actividades de control: Centro Nacional de Farmacología, Centro Nacional de Alimentación y Centro Nacional de Sanidad Ambiental. También incluirá la Escuela Nacional de Sanidad, cuya actividad, hoy en trance de recuperación, se ha centrado en la formación de especialistas en salud pública y medicina preventiva y que ampliará sus funciones al asimilar la Escuela de Gerencia Hospitalaria.

El Hospital del Rey, dedicado al estudio y tratamiento de las enfermedades infecciosas y cardiovasculares, desarrollará también programas de investigación sobre otras enfermedades de interés sanitario, como por ejemplo las inmunológicas.

Junto a los centros ya existentes, el Instituto de Salud Carlos III incorpora la creación de dos nuevos centros de gran importancia: el Centro Nacional de Epidemiología y el Centro Nacional de Educación Sanitaria, cubriendo así las funciones que le encomienda el artículo 112 de la Ley General de Sanidad.

En el primero, en el de Epidemiología, se pretende recoger toda la información sobre epidemiología y control en las distintas enfermedades, aprovechando los datos emanados de la actividad de los otros centros del instituto, los datos declarados actualmente al Ministerio, que hoy son insuficientemente utilizados, y ampliando su actividad para cubrir todos los aspectos epidemiológicos. Esta información contribuirá a un mejor conocimiento de las enfermedades y causas de fallecimiento en nuestro país y, consiguientemente, al diseño de programas de prevención, control y planificación de la asistencia y sus cursos humanos.

En cuanto al Centro Nacional de Educación Sanitaria, ofrece la posibilidad de coordinar los programas educativos del Estado, las Comunidades Autónomas, las sociedades científicas y otras iniciativas privadas, orientadas a

diversos grupos de población, así como a personal especializado.

El instituto se ubicará en dos campus, aprovechando instalaciones hoy insuficientemente utilizadas. El primero de ellos será el complejo de Majadahonda, donde permanecerán los Centros de Farmacobiología, de Alimentación y Nutrición y de Sanidad Ambiental.

En el actual complejo del Hospital del Rey —y esto es importante, señores Diputados— estarán albergados los restantes centros. De esta forma se dará utilidad a un centro hospitalario moderno ya construido allí desde hace años y nunca ocupado, con doscientas camas y cuya terminación está en marcha. Este centro, que cuenta también con una amplia área de laboratorios, se centrará en enfermedades infecciosas e inmunológicas principalmente, junto a las establecidas en el artículo 112 de la Ley General de Sanidad. Anejo a este edificio se conservarán, como área de hospitalización de urgencia de pacientes afectados por brotes infecciosos, parte de los actuales pabellones del Hospital del Rey, contando con más de cien camas y laboratorio de urgencia.

Toda esta infraestructura que estoy describiendo ahora no debe ser olvidada al considerar la amenaza potencial que el SIDA puede suponer.

El resto de los centros nacionales e instalaciones, comenzando por el de Microbiología, Virología e Inmunología, que servirá de apoyo a las instalaciones hospitalarias descritas, se localizará también en este campus. Dicho Centro de Virología, que constituye elemento esencial de toda la lucha contra el SIDA y otras enfermedades infecciosas, al haber sido designado —insisto— centro de referencia por la OMS, y es además el más desarrollado del Instituto Carlos III, desde el punto de vista científico, será notablemente reforzado, dividiéndose en los siguientes servicios técnicos: Virología, Bacteriología, Biología Molecular, Parasitología, Inmunología, Epidemiología, Reactivos de Referencia, Control de Calidad y Biología Celular. Estos tres últimos serán creados próximamente. En el nuevo campus este centro podrá formar nuevos virologos contando con más instalaciones, que serán más holgadas y dotadas.

Plan coordinado contra el SIDA. Reforzamiento de las actuaciones llevadas a cabo hasta ahora. El pasado 15 de febrero tuvo lugar en el Ministerio de Sanidad y Consumo una reunión con expertos y autoridades de Comunidades Autónomas para establecer un Plan Nacional de Actuaciones contra el SIDA, convocada por mi Departamento. La propuesta del plan, cuya definición quedará concluida probablemente la próxima semana, aunque será un plan abierto, con la incorporación de las sugerencias de las Comunidades Autónomas, comprende las siguientes actuaciones: Primero, creación de órganos que estructuren el plan. Estos serán de dos tipos: órganos de política sanitaria. Además de los órganos internos del propio Ministerio, se propone formalizar los contactos que ya existen entre Departamentos y con las Comunidades Autónomas mediante la creación de una Comisión Interministerial que incorpore a los Departamentos más interesados en este problema. Junto a ésta se crearía una Comisión

Nacional de seguimiento en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que unificaría criterios con las Comunidades Autónomas. Organos de apoyo científico-técnico. Un órgano de apoyo básico será el Comité Técnico Científico o de Expertos del Plan Nacional, que ha venido funcionando, como dije antes, bajo la iniciativa del Centro Nacional de Microbiología, Virología e Inmunología, integrado en el Instituto Carlos III, que coordinaría los Comités Científicos o de Expertos que ya existen en varias Comunidades Autónomas.

Por otra parte, se crearía un Comité Nacional de programas preventivos y asistenciales, que coordinaría los programas que ya vienen aplicándose por el Estado y por las Comunidades Autónomas. Como apoyo a estos Comités existirían grupos nacionales de trabajo sobre seguimiento epidemiológico, documentación, investigación y docencia, información e intervención preventiva y organización de la asistencia sanitaria y social.

Segundo. Constitución de una red de instituciones que desarrollen el Plan: a) Ampliación de la red de centros analíticos y virológicos. El objetivo sería coordinar y unificar criterios de actuaciones no sólo entre el Instituto de Salud Carlos III, como centro de referencia del Estado español y centro de colaboración de la OMS y los centros de referencia de las Comunidades Autónomas, así como los laboratorios de bancos de sangre como hasta ahora, sino también con otros laboratorios alternativos, generalmente ubicados en facultades y centros asistenciales, donde puedan ser realizadas voluntariamente las pruebas de anticuerpos.

b) Estrechamiento de la colaboración entre organismos, corporaciones y asociaciones cívicas de apoyo. Hasta el momento ha habido una respuesta bastante intensa y variada al problema del SIDA por parte de algunas Comunidades Autónomas, de corporaciones locales y de organizaciones nacidas espontáneamente de la sociedad civil. Todas ellas han recibido apoyo científico-técnico por parte del Centro Nacional de Virología, debiéndose destacar las actuaciones de los Ayuntamientos de Madrid, Barcelona, Valencia y otros del País Vasco. Asimismo, los Comités Anti-SIDA, nacidos entre grupos de riesgo, con apoyo de las autoridades locales, han llegado a extenderse a todas las grandes ciudades.

Este objetivo tendería a unificar las actuaciones, incorporando otras asociaciones relacionadas con el problema como las de tipo «gay» que existen en Madrid, Barcelona, Sevilla, Bilbao, Valencia y Palma de Mallorca y ex drogadictos, ya integradas frecuentemente en los Comités Anti-SIDA, así como las de hemofílicos o asociaciones de sexología. Junto a ellas sería preciso incorporar a las sociedades científicas o intensificar su incorporación, las de virología, epidemiología, hematología, inmunología, microbiología, parasitología, pediatría y otras. Estas sociedades ya vienen realizando tareas de formación e información, además de las corporaciones profesionales sanitarias, Colegios de médicos, Colegios de farmacéuticos, biólogos, enfermería, etcétera, que también deben intensificarse. Por último, las asociaciones de padres, asociaciones de vecinos y los movimientos juveniles relaciona-

dos con el Instituto de la Juventud, así como los deportivos serían incorporados a las tareas de difusión. En estas tareas sería de la máxima utilidad la colaboración instrumentada, a través de seminarios, de los medios de comunicación. Todas las instituciones mencionadas se apoyarán en el soporte de la red de atención primaria del Sistema Nacional de Salud y de la misma red de hospitales además de, como he dicho, el Instituto Carlos III y el Centro de Virología.

c) Reforzamiento de la cooperación internacional. Hasta ahora se ha mantenido una excelente participación en las reuniones, investigaciones y recomendaciones de la OMS, así como del Consejo de Europa, dentro de un terreno más científico y técnico. No obstante, después de las propuestas realizadas por la Comisión al Consejo Europeo el pasado día 6 de diciembre y teniendo en cuenta las iniciativas previsibles en el terreno de las actuaciones preventivas en el espacio de la Comunidad Económica Europea, será preciso redoblar los esfuerzos de la cooperación política con otros países miembros. Esta cooperación debe ser especialmente intensa con los países europeos del sur del continente, que comparten un similar modelo epidemiológico. Los contactos anteriores, así como un seguimiento más atento de la evolución de la enfermedad en el norte de África, adquieren una especial relevancia para el seguimiento de los desplazamientos de la población, sea por motivos turísticos o de otro tipo.

Tercero. Coordinación de programas para el análisis de la situación. Los programas a desarrollar serían los siguientes: a) Realización de una encuesta serológica abierta y mantenida de la población en general, con especial énfasis en las concentraciones urbanas. Se realizará un muestreo representativo no sesgado, así como encuestas serológicas sobre grupos especiales: donantes de sangre, drogadictos por vía intravenosa, población penitenciaria y su entorno, embarazadas drogadictas y Fuerzas Armadas. Estas encuestas nos irán dando un conocimiento concreto de la prevalencia de individuos afectados en cada colectivo, con objeto de poder seguir la evolución de la infección, proporcionándonos un indicador de la eficacia de las medidas preventivas. Su análisis comparativo por grupos específicos, en relación con la población de distintos países, nos dará una referencia internacional de la evolución y progreso de nuestras medidas de control.

b) Estudios de seguimiento epidemiológico, tanto de enfermos fallecidos como de población sana infectada, analizando las variaciones en tiempo y espacio, así como la evaluación de sus tendencias en relación con posibles factores o cofactores coadyuvantes.

Cuarto. Programas de prevención. a) Programas de información y sensibilización de la población, constituidos por soportes informativos en cuanto a su contenido y mensaje, dirigidos a la población general, a las poblaciones en riesgo y a los profesionales sanitarios, esto último ya en marcha, como ha sucedido recientemente en otros países.

b) Programa de actuación sobre prisiones. En colaboración con el Ministerio de Justicia, se han organizado

cursos para todo el personal sanitario de prisiones, constituido por un colectivo de 172 médicos y 155 ATS, los cuales, a través de diez cursos que se impartirán en el Instituto de Salud Carlos III, podrán no sólo obtener una puesta al día de los hechos más relevantes de la enfermedad, su epidemiología y medidas preventivas, sino la posibilidad de plantear los problemas específicos reales con que se encuentran en el trato y seguimiento de las personas internas que están infectadas y enfermas. Este personal sanitario entrenado será el punto focal de diseminación de información para el personal no sanitario en cada prisión. Además de este programa, se está terminando de delinear un subprograma que ofrezca de forma voluntaria y como examen de salud investigaciones sobre anticuerpos VIH más hepatitis B y tuberculosis.

Por otra parte, se va a comenzar un estudio prospectivo longitudinal con objeto de poder seguir las tendencias de evolución de estas infecciones en las cárceles y, así, poder evaluar la eficacia de las medidas preventivas que se vayan adoptando. Asimismo, el programa conjunto de los dos Ministerios en el terreno sanitario se dirige a proporcionar una información directa y precisa a los reclusos sobre los riesgos y la conducta a seguir en sus relaciones sexuales y a promocionar el uso de profilácticos mediante su distribución gratuita, así como normas de comportamiento cuando los exámenes sean seropositivos. Con relación a los internos drogadictos heroínómanos, se insistirá sobre los riesgos de sus prácticas, estando en estudio varias posibilidades.

c) Control de la transmisión sobre donantes de sangre, semen, órganos, etcétera. Este punto se ha regulado mediante la reciente Orden Ministerial, que antes cité, que hace obligatoria la realización de la prueba de determinación de anticuerpos anti-VIH en todas las hemodonaciones, así como la reciente Resolución que regula cómo llevar a cabo el mecanismo de comprobaciones y centros de referencia necesarios, estando en elaboración otra serie de normas legales que harán obligatorias las pruebas en donantes de semen y de órganos.

d) Actuaciones de educación sobre drogadictos en el seno del Plan Nacional de Lucha contra la Droga, concienciando sobre los riesgos de compartir agujas y estableciendo colaboración con los centros de recuperación para realizar voluntariamente la prueba.

e) Control de la posible transmisión por instrumentos mediante normas sobre esterilización de instrumental sanitario no desechable y control higiénico de establecimientos públicos donde se use material en contacto con fluidos humanos. Se dictarán normas para incorporar, en la presentación de ciertos objetos de consumo, advertencias sobre su uso por diferentes personas.

f) Control del SIDA pediátrico mediante la educación sanitaria a madres positivas, con objeto de evitar embarazos. Atención y seguimiento a niños nacidos de madres seropositivas.

g) Actuación específica, incluyendo el control de las enfermedades de transmisión sexual, mediante acciones concretas de educación, dirigidas a la prevención de estas enfermedades, incidiendo también sobre las poblacio-

nes más afectadas, como grupos «gay», y potencialmente afectadas, como prostitutas, así como la interrelación de este colectivo con la drogadicción.

Quinto. Programas de educación sanitaria de base, centrados sobre actuaciones dirigidas a programas escolares, a grupos especiales de trabajadores sanitarios y a trabajadores de servicios personales.

Sexto. Análisis y programación de recursos. Se articularán las necesidades de infraestructura en cuanto a recursos asistenciales según las proyecciones de casos, así como de personal sanitario necesario, atendiendo especialmente a la formación de expertos en virología y otro personal necesario, todo ello en colaboración, obviamente, con las Comunidades Autónomas.

Conclusiones. Nos enfrentamos, señorías, con un preocupante problema, que es nuevo por sus características científicas originales, pero que no lo es tanto si consideramos la experiencia histórica de situaciones similares que amenazaron a la población europea y mundial hace no tanto tiempo, como las creadas por la sífilis, la viruela o la gripe.

El control de esta enfermedad es posible en España ya que, como he dicho, su prevalencia está entre las más bajas de Europa —6,2 casos por millón de habitantes—, pero ese control exigirá un esfuerzo de prevención compartido por todos, superando posiciones partidistas.

La población tiene una información frecuentemente incompleta y errónea. Hoy hemos podido ampliársela y vamos a dársela a todos, pero esto supone informar sobre actitudes íntimas y costumbres privadas que pueden herir sentimientos y creencias. Hagámoslo, pues, con tacto y decisión ya que, de otra forma, se hará desde la calle sin garantía y con sensacionalismo.

Los colectivos de riesgo tienen una información probablemente más completa que la población en general, pero con frecuencia no pueden actuar con arreglo a la misma por razones compulsivas. Vamos a acercarnos a ellos a través de quienes están más cerca, sin timideces, como ya ha empezado a hacerse con los Comités Anti-SIDA.

Tenemos la experiencia internacional, los conocimientos técnicos y científicos y los profesionales de prestigio; tenemos ya unas iniciativas en marcha. Ahora sólo falta un esfuerzo conjunto de afectados, administraciones sanitarias, iniciativas ciudadanas, Corporaciones locales, Iglesia y partidos políticos.

La actitud del Gobierno ya la anuncié al principio: el proyecto de Plan que se ha sometido a las Comunidades Autónomas y que, en su mayor parte, se tendrá que ejecutar a través de ellas, está aún abierto y así deberá ser en el futuro. Varios de los Grupos aquí presentes lo están también en los gobiernos de esas Comunidades y sus propuestas, por tanto, serán incorporadas; las de los Grupos no representados, también, siempre que se muevan en el terreno de lo posible.

Todos tenemos delante un reto: articular la movilización ciudadana para preservar la salud pública, con el respeto a los individuos y sus derechos, en un clima, señorías, sereno y vigilante.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a iniciar el turno de portavoces, porque la amplia exposición del señor Ministro nos ha echado el tiempo encima y, si todos los Grupos presentes intervienen, tendremos una amplia ronda de intervenciones por delante.

Por el Grupo Mixto, el señor Bernárdez tiene la palabra.

El señor **BERNARDEZ ALVAREZ**: El señor Ministro ha hecho un análisis bastante completo de la situación. Ha hablado de una serie de medidas a adoptar, que no me gustaría que fuesen una mera declaración de intenciones, porque lo que realmente se hace no se parece mucho a eso, aunque pienso que eso es posiblemente porque muchas de las medidas son recientes y aún no se han visto los efectos.

Como ha dicho el Ministro, yo no quiero exponer ninguna opinión partidista, porque es un tema que considero lo bastante grave como para que no haya tratamientos partidistas. Creo que, por atacar el virus del SIDA a las células de la inmunidad, produce un rápido e intenso deterioro de las defensas inmunológicas, lo que hace que ésta sea una de las peores enfermedades que conoce la humanidad. Me parece que, en principio, no se le dio tanta importancia como la que realmente tiene, quizá porque, como apuntaba el señor Ministro, se consideraba una enfermedad reducida a unos grupos marginales, pero luego se vio que, aparte de la transmisión homosexual, también puede ser heterosexual, incluso no sexual, aunque hay opiniones, pero podrá ser porque no está muy claro todavía. Lo cierto es que se puede transmitir por la sangre a los transfundidos o inyectados. También es cierto que se encontró en tejidos como el cerebro y que se encuentra en secreciones como la saliva, el semen, etcétera. La rapidez de la difusión de la enfermedad, el índice de mortalidad, el que no haya tratamiento eficaz, incluso que desde el contagio hasta la aparición de la enfermedad pasa mucho tiempo —hay quien habla de cinco años—, que también es un dato importante a tener en cuenta, la importancia que pueden tener las mutaciones genéticas del virus, que puede convertir el hecho en incontrolado, y el que no haya una vacuna, como es evidente, incluso la inseguridad de los test —los test son seguros en cuanto dan una respuesta negativa, porque el test no detecta el virus, detecta el anticuerpo y lo único que puede deducirse de ellos es que no se ha contraído la enfermedad—, todo esto hace que el tema sea de un coste económico muy importante, no sólo por el tratamiento en sí de la enfermedad, como decía el señor Ministro, sino por lo que supone en cuanto a la serie de pruebas a que nos obliga una prevención de la enfermedad. Si consideramos el número de transfusiones y extracciones y lo multiplicamos por el costo de cada test de las extracciones, lleva a una cifra exorbitante.

Esto enlaza, señor Ministro, con lo que quería decirle. El tema de las Comunidades Autónomas es un arma arrojada a veces. Se habla de competencias y, desde luego, todos estamos en la línea de exigir a las Comunidades Autónomas que hagan frente a sus responsabilidades, porque realmente es competencia de ellas. Estos temas im-

plican muchas veces una cierta autonomía financiera y es muy difícil que por las Comunidades Autónomas se lleven a cabo si no hay una intervención importante del Estado. Por ello, no sólo hay que hablar del apoyo científico y técnico, como hacía el señor Ministro, sino también del apoyo económico, como es lógico y natural.

Yo comparto en general el programa que ha expuesto el señor Ministro, pero me gustaría que se llegasen a conseguir dos objetivos muy concretos: El primero ya lo ha esbozado el señor Ministro y es que creo que hay que hacer más hincapié en el objetivo que en las medidas que hay que adoptar mediante la educación y la información, en primer lugar, a la población, sin que cunda el pánico, pero haciéndola responsable de la situación. En segundo lugar, a los grupos de riesgo sin discriminaciones, como decía el señor Ministro, pero haciéndoles saber la responsabilidad que tienen en cuanto a la transmisión de la enfermedad. Y después está el tema de los profesionales sanitarios, que es uno de los puntos más importantes. Me da la impresión de que ha habido casos en los que no ha habido este autoconvencimiento por parte de los profesionales sanitarios, por eso creo que no sólo habría que recurrir a los organismos oficiales, aunque usted lo ha insinuado, porque luego, a la hora de la verdad, nunca veo materializadas estas cosas. Hay que implicar a los Colegios profesionales realmente en el tema.

La segunda medida sería aprovechar las experiencias ajenas, pero de tres formas, según mi criterio. En primer lugar, hay que estimular a los especialistas y hay que mirarlos, porque muchas veces no reciben el trato que merecen y no se les da la importancia que como protagonistas tienen en estos temas. Y, en segundo lugar, hay que tener una rapidez de reflejos muy importante que a veces no se observa. Realmente, yo no entiendo por qué ha habido que esperar tanto para aprobar el Decreto sobre obligatoriedad de los test, esta orden ministerial fue publicada el 27 ó el 28 del pasado mes. Hay que tener más rapidez de reflejos. A usted no le pareció bien que yo le hablara un día de la vacuna antigripal, pero yo creo que en la vacuna antigripal se perdieron cuatro meses. Gracias a Dios, por las condiciones meteorológicas, no ha habido que lamentar muchas desgracias, porque no ha sido un año propicio para la gripe, pero no cabe duda de que se perdieron algunos meses en el tema de la vacuna antigripal. En este caso ocurre lo mismo, por eso creo que hay que ser más propicio a responder con rapidez a todas estas cuestiones.

El señor **PRESIDENTE**: Por la Agrupación de Diputados Izquierda Unida-Esquerria Catalana, tiene la palabra el señor Espasa.

El señor **ESPASA OLIVER**: Señor Presidente, antes de mi intervención, querría plantear una breve cuestión de orden para la que pediría que no se me descontase el tiempo. Yo he solicitado con signos a la Presidencia que se diese un mínimo tiempo de descanso o de preparación de las intervenciones de los Grupos después de la del señor Ministro. Ha sido una intervención muy importante, brillan-

te, sobre todo en lo que respecta a su preparación científica, en muchos aspectos, pero evidentemente ha representado un auténtico alud de información que a este Diputado le ha recordado sus mejores tiempos de estudiante, tomando apuntes a uña de caballo, siguiendo el brillantísimo discurso científico del señor Ministro.

Yo creo, como ya he dicho en otras ocasiones, que estas comparecencias no son actos de control del Legislativo sobre el Ejecutivo, sino al revés, el Ejecutivo nos controla y a la vez aprovecha para hacer ruedas de prensa.

Esta información podría haber sido dada por escrito a los señores Diputados. Yo esperaba del debate que el señor Ministro hubiese dedicado mucho más tiempo a las conclusiones realmente importantes y enjundiosas que nos ha dado, para hacer una valoración política. Aquí no se trata de que todos hagamos «pinitos» de si sabemos más o menos cosas respecto al SIDA; se trata de que valoremos políticamente una cuestión muy delicada, con muchos aspectos éticos, morales, de todo tipo, y esto ha faltado en buena parte.

Insisto, señor Presidente. Continúo pidiendo un pequeño receso para que los Grupos puedan preparar sus intervenciones. En caso de que no sea así, estoy dispuesto a intervenir cuando usted lo crea conveniente.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Espasa, el artículo 203, que reglamenta la comparecencia para asuntos concretos, no tiene prevista esta cuestión. Los Grupos Parlamentarios son los que solicitan la comparecencia del señor Ministro para un tema determinado, y el tema estaba claro en la convocatoria. Por tanto, yo creo que desde que se hizo la convocatoria han tenido tiempo suficiente para que los Grupos Parlamentarios vengan a exponer sus criterios a la Comisión y contrastarlos con la exposición del señor Ministro.

Por tanto, no es competencia de esta Mesa alterar el Reglamento ni cambiar lo que es una norma de conducta para todas las Comisiones. En este sentido, cumplimos estrictamente la normativa que está prevista. Si quiere hacer uso de la palabra, está facultado para ello en este momento. (La señora Salarrullana de Verda pide la palabra.) ¿Señora Salarrullana?

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Voy a plantear también una cuestión de orden. Quiero adherirme a lo que ha dicho el señor Espasa por una segunda razón que creo que es de peso y me lo va a agradecer esta Comisión. Después de escuchar al señor Ministro, voy a retirar la proposición no de Ley que había presentado mi Grupo, puesto que la veo incluida en la exposición del señor Ministro. Sin embargo, querría adaptar todos mis argumentos y todo lo que he oído a lo que yo iba a proponer. Por tanto, pediría un lapso de tiempo para poderlo hacer más ordenadamente, si es que lo cree así el señor Presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Yo indicaría a los portavoces de los Grupos Parlamentarios que, con el fin de no romper la unidad de este debate y dada la hora que es, hicie-

ran un esfuerzo en el sentido de organizar sus ideas, porque tengan ustedes en cuenta que tenemos aún una hora y media de intervenciones de Grupos por delante, si después viene la intervención del señor Ministro, que cierra el debate, podemos acabar a una hora en la que habría que levantar la sesión, rompiendo la unidad del debate, lo que sería perjudicial para el contenido del mismo.

Por tanto, sigamos con la planificación del debate que ha hecho la Mesa y la reunión de portavoces, a la que ciertamente no ha habido mucha asistencia por parte de los Grupos Parlamentarios.

Tiene la palabra el señor Espasa.

El señor **ESPASA OLIVER**: Señor Presidente, más que facultado estoy obligado a tomar la palabra, y la tomo muy gustosamente para decir, en primer lugar, que en lo que respecta al basamento científico de la exposición del señor Ministro, nada tenemos que aportar, antes al contrario, nos ha ilustrado sobre muchos, nuevos y recentísimos conocimientos que creo que serán de utilidad para esta Cámara y para la comunidad científica de la que procede también el mismo informe.

Por tanto, en todo lo que hace referencia al basamento científico con todas sus vertientes, epidemiología, de prevención, de formas de actuación sobre esta enfermedad, nada hay que añadir, al menos en estas condiciones y con el tiempo de que dispone este Diputado.

Yo quisiera señalar seis aspectos de tipo político respecto de lo que ha sido la intervención del señor Ministro, que en algunos aspectos, casi en la mayoría, creo que podremos compartir, si bien en algunos aspectos señalaré mi posición crítica con relación a lo que creo que ha sido un excesivo retraso y una excesiva desatención a la gravedad del problema y a poner los medios necesarios para abordarlo.

En segundo lugar, yo quiero subrayar y ampliar, si cabe —creo que en algún punto concreto lo podré hacer—, lo que ha sido un canto a la tolerancia en todos los aspectos, a la tolerancia en las ideas, en la circulación de las personas y en el acceso al trabajo, a la tolerancia en las costumbres sexuales, sean cuales sean estas costumbres, que ha planteado el señor Ministro. Yo me adhiero plenamente a esta tolerancia. Creo que la comparto y, quizá, pueda tener en algunos aspectos hasta una posición más amplia o más tolerante —valga la redundancia— y creo que este es un punto político de enorme importancia.

El paradigma de la enfermedad, como dice hoy un conocido comentarista, del siglo XX es el SIDA, como lo fue la sífilis y la tuberculosis del siglo XIX, paradigma que vincula enfermedad con estética y creo que la respuesta, no sólo la científica, me estoy refiriendo a la respuesta política del siglo XX, ha de ser la respuesta del realismo, la respuesta de la tolerancia y excluir toda actitud sectaria o de reflejo irracional de miedo ante esta enfermedad.

En esta línea, por ejemplo, y para muestra un botón de esta mayor amplitud, señor Ministro, creo que cuando usted ha dicho, como una apoyatura a esta tolerancia en general, que pedía y proponía para la sociedad con respecto a los problemas de propagación que tiene esta enfer-

medad, con todas sus connotaciones, con respecto a las vidas íntimas de las personas y a sus creencias, usted ha dicho, cuando se refería al tema de la posible contaminación del no nacido respecto a la embarazada portada de anticuerpos positivos, que ésta sería una indicación de interrupción voluntaria de embarazo. Como el señor Presidente no me ha dejado tiempo en el receso para consultar los tres supuestos, he de decirle de memoria que creo que se equivoca, señor Ministro, y que en los tres supuestos —y por eso nosotros tenemos presentada una ley distinta a la hoy vigente— en los tres supuestos hoy vigentes de interrupción voluntaria del embarazo no figura el que usted ha señalado como posible, porque la contaminación por una enfermedad como es el SIDA no es el tercer supuesto de malformación congénita para el feto que podría llevar —si le he entendido bien— a la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo.

En segundo lugar, creo que hay subrayar y señalar lo que tiene de problema mundial y regional —me estoy refiriendo al tema regional europeo— el tratamiento, la información y la prevención de la enfermedad del SIDA. Creo que todo lo que sea integrarnos en las corrientes mundiales y regionales europeas será bueno, y todo lo que sea huir de provincianismos en su peor acepción, será positivo. Por tanto, aquí habría que señalar como línea de trabajo la mayor integración en los programas regionales europeos y, evidentemente, no sólo de palabra, sino de hecho, con la dotación adecuada de recursos económicos y humanos para que nuestros programas sean homologables en todos sus extremos a los programas regionales europeos y a los programas mundiales.

Tercer aspecto, la coordinación con las comunidades autónomas, sin utilizarlo como arma arrojadiza, pero sin inhibirse de las competencias propias. Por ejemplo, he de decir —y está en la mente de todos; al menos ha sido noticia importante en Cataluña— que la orden correspondiente para la detección de anticuerpos en los hemoderivados era anterior en una comunidad —en este caso, en la catalana— que la del Ministerio. Este sería un signo o un síntoma, no para contraponer una Administración a otra, sino para decir que, en el caso del Ministerio, quizá sí que se ha ido con un cierto e importante retraso en la puesta a disposición de medidas concretas para que las grandes formulaciones de prevención, tratamiento e información sobre el SIDA sean algo más que palabras, sean realidades. Por tanto, señalar y criticar el enorme retraso con que aparece la orden de febrero de 1987 (no he podido tomar nota del día por la rapidez de la exposición, pero no viene al caso).

En este sentido, recomendaría a la Administración, al Ministerio, que la coordinación con las comunidades autónomas se llevase al terreno de la hegemonía científica y cultural y no al atropello administrativo con respecto a las comunidades autónomas. Se trata de ayudar a las comunidades autónomas a que ejerzan sus competencias, a que las ejerzan lo mejor posible y a contar con ellas mismas, para que estas competencias se ejerzan lo más coordinadamente posible y lo mejor posible en cada comunidad autónoma y en todo el territorio del Reino de España.

Un cuarto punto importante —le ha dado el señor Ministro énfasis, aunque creo que no suficiente— es el de la participación de la sociedad en general, de los colectivos y de los grupos de riesgo más afectados y de los propios enfermos en la información y la difusión. Creo que éste es un punto fundamental. Considero que ha sido bueno plantear la posible y necesaria relación con algunos pequeños y embrionarios, y seguramente aún muy poco operativos, comités anti-SIDA que han aparecido, pero apuntaría como línea de trabajo la mayor relación en la información y en la difusión de noticias de prevención sobre la enfermedad entre la Administración y la propia sociedad. Este es un tema —lo ha dicho también el señor Ministro— en el que la sociedad debe ser protagonista, debe estar en primera línea en este espíritu tolerante al que hacía referencia en el primer punto de mi intervención.

Para terminar, diría que, insisto, en la base documental y científica de todo lo que ha sido la exposición del señor Ministro, pero esto no impide hacer notar que ha habido importantes retrasos en la puesta en práctica de toda esta teoría, en la articulación concreta, en dispositivos operativos, en coordinación con sociedades científicas, con comunidades autónomas, etcétera, y creo que un buen botón de muestra es el retraso con que aparece la orden que obliga a la detección de anticuerpos en todos los hemoderivados; éste sería un simple botón de muestra del cierto retraso con que la Administración se ha movido en este terreno, cierto retraso que en buena parte puede venir explicado, no por una actitud sectaria ni cerrada de la Administración, del Ministerio, ante este problema, en absoluto, pero sí por la escasez de medios económicos y políticos con los que el Gobierno socialista está afrontando una parte importante de su política general: me estoy refiriendo a la política social, a la política de gastos sociales. En el debate de Presupuestos ya tuve ocasión de criticar, en nombre de mi Agrupación, Izquierda Unida-Esquerra Catalana, que la dotación presupuestaria para la salud en España es baja, es excesivamente baja y no ha sido aumentada sustancialmente para el próximo año, lo cual hace que el sector público, para mí el prioritario y, a ser posible, el único dispensador de asistencia sanitaria, esté en un cierto plano de desigualdad para combatir esta nueva y terrible enfermedad, y, por consiguiente, muchos de los retrasos y de las insuficiencias, yo, más que cargarlos a mala voluntad, ineficacia o inexperiencia del equipo ministerial, que lleva poco tiempo en su trabajo, lo cargaría en la cuenta de una política social restrictiva que se traduce en muchos campos (lo hemos visto hace poco en el campo de la educación) y se traduce también en el campo de la sanidad.

No he querido, no he hecho nunca ni quiero hacer ahora fáciles demagogias de confundir unos planos con los otros: una cosa es el plano político, el plano de la crítica a la insuficiencia de recursos o a una Ley General de Sanidad, para mi gusto no suficientemente bien diseñada, y otra cosa es utilizar argumentos clínicos para enfatizar más estas críticas; esto no lo he hecho ni lo pienso hacer en ningún momento, pero sí que quería señalar que la explicación última de estos retrasos y de estas insuficien-

cias está, para mí, en una insuficiente dotación económica, en una política social restrictiva que me sorprende que practique el Gobierno del Partido Socialista Obrero Español.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra, por la Agrupación de Diputados del Partido Liberal, el señor Botella Crespo.

El señor **BOTELLA CRESPO**: Señor Ministro, lo primero es agradecerle su presencia, porque ya empezábamos a creer que esto entraba también dentro de los secretos oficiales, como el tema de la OTAN, pero, gracias a Dios, hemos visto que no. (Risas.)

He de reconocer que me ha sido muy grato el tema de que, de alguna manera, ya se ha reconocido por primera vez que estamos ante una enfermedad que no es de drogadictos ni de homosexuales, sino que puede afectar, de alguna forma, a más alto número de población española, gracias —desde la sociedad que estamos representando en estos momentos— a los técnicos sanitarios que tiene usted a su cargo, que, aunque a lo largo de su discurso ha hecho una valoración de que están muy informados, la única información que tenían es la de que los enfermos que trataban de SIDA, la mayoría de ellos morían. Hay que hacerles un reconocimiento auténtico y yo, de alguna manera, pido eso para ellos desde el Gobierno.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Qué es lo que pide, señor Botella?

El señor **BOTELLA CRESPO**: Pues mire, el reconocimiento de la propia sociedad de que, sin informe de nadie, se han estado enfrentando con una enfermedad que parece ser la plaga del siglo XX, como aquí se está denominando. No estaría de más que reconozcamos que son una clase trabajadora un poquitín diferente a los demás o con unos intereses un poquitín diferentes a los de los demás.

Lo que ha estado mejor de todo, para mí, ha sido su informe técnico; pero, claro, a partir del momento de su informe técnico, ya no sé si lo que quería hacernos creer a todos es que ha sido correcta la actuación del Ministerio o es que se lo han hecho creer a usted. Y esto, la verdad es que es auténticamente asombroso. Habla de prevención y mantenimiento de la salud como línea maestra del sistema sanitario que usted está ahora mismo llevando a la práctica, pero es que, sin embargo, para nosotros es lo que ha fallado, esa prevención, porque de alguna manera hemos empezado a enterarnos del tema, aquí y tengo aquí un «dossier» de prensa, por si alguien lo quiere mirar, de todo lo que ha salido desde el año 1983 —es fotocopia reducida pero está aquí a la disposición de todo el mundo—, en el que se ve que el Ministerio, como tal, no ha dado una respuesta adecuada a qué es lo que estaba pasando.

Se nos ha vertido una cantidad tremenda de datos estadísticos, uno de los cuales se refiere al tiempo que tardaba la enfermedad en doblar desde el año 1984. Pues

mire, yo tengo hecha la estadística, pero la tengo hecha de otra forma y, encima, con menos enfermos de SIDA. La tengo desde el 11 de septiembre de 1984 hasta junio de 1986 y, por las noticias del Ministerio, en 11 de septiembre de 1984 eran 14 enfermos, en junio de 1986 eran 177 enfermos; o sea que son veinte meses y el aumento que ha registrado la población de enfermos ha sido del 1.164,28 por ciento. Claro, depende de cómo se manejan las estadísticas, pero yo creo que es un poco problemático manejar unas estadísticas, sobre todo cuando estamos hablando de personas individualizadas, como usted ha hecho resaltar. Tiene la ventaja, indudablemente, de que este tema empieza en el año 1984 y, lógicamente, usted no era Ministro y poco le podemos achacar, sino que ha dado usted un paso adelante.

El Ministro también nos ha dicho que tenía un portavoz oficial desde el año 1984 —creo que sería la doctora Ódorina Tello—, pero cuando de repente, posteriormente, la Organización Médica Mundial dijo que no había en España ninguno nombrado nos asombró este aspecto que querríamos que nos comentara: si esa Comisión fue creada el 25 de abril, si de verdad está la doctora Tello y si es verdad que estaba nombrado ya su cargo en la Organización Médica Mundial.

Después dice que el día 17 de agosto de 1985 —yo le digo que no estaba usted todavía— dice el Ministerio que se llevarán a cabo actuaciones y estudios específicos sobre grupos de riesgo. No hemos conocido esos estudios y, desde luego, no se han dado luego a conocer los resultados. Dicen que estamos integrados en todo lo que pasa en Europa y que vamos a todos los Comités. Pues mire usted, «El País» del 21 de octubre de 1985 dice que no ha ido ningún español a un Grupo Europeo de Investigación Clínica de la Comisión Europea al que asistieron 60 especialistas, pero es que en la Conferencia celebrada en París, también según noticia de «El País» del 30 de junio, hay cinco países del Norte de Europa: Suecia, Noruega, Dinamarca, Finlandia e Islandia, que deciden crear un grupo de trabajo, donde tampoco está integrada España.

Ha nombrado, efectivamente, a don Rafael Nájera. Para mí es uno de los científicos españoles con más prestigio y con razón se le ha nombrado fuera. Pero es que don Rafael Nájera, también hace bastante poco, decía que el síndrome del SIDA constituye un importante problema social de salud pública y un reto económico, médico y social, ya que, si mayoritariamente afecta hoy a un determinado sector de la población, existe el riesgo de su extensión a la población general. Esto es lo que decía hace poco.

Hemos oído luego aquí cosas extrañísimas, como que para el tráfico de plasma existe desde el año 1984 una inspección de hemoderivados en las aduanas y, por tanto, sería lógico pensar que todo este grupo de hemofílicos —que yo tengo aquí la lista, con cincuenta nombres de fallecidos desde el año 1984, por si la quieren— han muerto porque se han hecho transfusiones de plasma en España y no desde fuera de España. Habrá que buscar las responsabilidades en los casos de estos cincuenta hemofílicos, señor Ministro.

Antes nos ha dado unas cifras que eran de Carabanchel, diciéndonos el tanto por ciento, pero no nos ha dicho que en Carabanchel ya han muerto diez personas, según los informes de la cárcel. Bueno, son datos que, al meterse en estadísticas, ya le digo, son muy problemáticos. Y cuando dice que, por ejemplo, en los datos de España no hay ninguno, he de decirle que en Extremadura ahora mismo en la cárcel hay dos de Cáceres y una señora en Arroyo de la Luz, por lo menos según mis datos. Los datos difieren y todo esto es por una mala política informativa. Ya era hora de que este debate se celebrara y, lógicamente, a partir de aquí tendremos que plantearnos algunas cuestiones, como son: qué responsabilidad corresponde a todos esos grupos que no han sido de alto riesgo, qué vamos a hacer con los que ya lo tienen contraído, y nos vamos a meter, quizá esta tarde, en un debate para mí muy importante, que va a ser el debate sobre la propia filosofía de la libertad individual o la libertad colectiva. Y, sobre todo, señor Ministro, al hacer este balance de la libertad colectiva o libertad individual, haga usted una reflexión: está usted diciendo que es una epidemia; no se aparte usted de esa línea. Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Botella. Por la Agrupación del PDP, tiene la palabra la señora Salarrullana.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Gracias, señor Presidente. Señor Ministro, los Diputados del PDP teníamos presentada una proposición no de ley sobre el SIDA desde el día 2 de octubre, publicada en el «Boletín Oficial» del 10 de octubre, lo que demuestra la falta de interés que en el Ministerio había en aquellos momentos sobre este tema...

El señor **PRESIDENTE**: Señora Salarrullana, ha sido un problema de tramitación en la Comisión. Era la única proposición que había en un trimestre donde ha habido tres comparencias de Ministros y el dictamen de una ley importante y extensa, como ha sido la Ley de Cooperativas.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Señor Presidente, acepto su reconvencción, pero sigo diciendo que un tema que hoy hemos visto tan importante se podía haber visto hace mucho tiempo, a pesar de toda la carga que tenía esta Comisión.

Quiero decir que no voy a protestar porque al final, si todos conseguimos que el Ministerio tome conciencia, como parece que así ha sido, de este problema y aplique las medidas necesarias, por duras, caras y difíciles que sean, nosotros lo vamos a aceptar, y porque así lo he visto, y creo que es cierto, es por lo que ya he anunciado que vamos a retirar nuestra proposición no de ley, porque, además, las propuestas que hacíamos prácticamente están incluidas en ese Plan Nacional contra el SIDA que ha presentado el Ministro.

Me van a perdonar SS. SS. si mi intervención es más deslabazada que de costumbre, porque, de todo lo que yo

tenía preparado, quiero decir sólo lo que el Ministro se ha dejado por decir, y voy a intentar hacerlo de la mejor manera posible.

Quería empezar con unas palabras que no son más —luego diré de quién son—: Cada día aparecían más ratas muertas en las calles, pero nadie se preocupaba porque sólo eran ratas. Luego empezaron a morir hombres, pero los enterraban en secreto y las autoridades hablaban, pero no hacían nada para no alarmar a la población. Hasta que se le puso una cara y un nombre conocido a todo ese amontonamiento de cadáveres anónimos. Estas palabras se leen en el libro «La peste», de Camus, y la historia, desgraciadamente, se repite. Esas mismas fases ha ido siguiendo la evolución del SIDA en el mundo. La Humanidad no aprende. Al principio se circunscribió a grupos marginales muy concretos: toxicómanos y homosexuales. Unos, los más puritanos, decían que sólo eran ratas y que así desaparecerían. Otros no querían meterse con ellos y su modo de vida para no disminuir su fama de progresistas. Pero pronto se vio que no sólo era ese grupo; apareció otro, el de los hemofílicos, al que luego me referiré con más intensidad, que ni siquiera se pinchaban a sí mismos. La preocupación entró entonces en los hospitales, pero sólo entre los profesionales. Y hubo países que repusieron todos sus bancos de sangre para evitar el contagio. Hoy se ha visto lo importante de haber tomado medidas en el momento oportuno para ello —se ha visto, desgraciadamente, en España—, pero hasta que surgió un nombre conocido de todo ese amontonamiento de cadáveres anónimos que valientemente se declaró homosexual y enfermo, no traspasó el SIDA las fronteras de los hospitales y llegó a la opinión pública. Me refiero al actor Rock Hudson, símbolo viviente de la masculinidad, a quien desde aquí rindo un homenaje. (**Rumores.**)

A partir de ese momento, las reacciones por parte de los Gobiernos han sido más o menos valientes y más o menos fuertes; algunos están en la vanguardia de la investigación, de las medidas de prevención y de los tratamientos; otros, parece que aún no se han dado cuenta o tienen miedo de provocar el pánico. Entre éstos yo creía que estaban, hasta hoy por lo menos, nuestras autoridades sanitarias.

No voy a tocar ninguna de las frases que ha dicho el Ministro; no las voy a repetir. Tengo las mismas fuentes de información que usted, no tantas, por supuesto, y le quiero decir algo que me ha faltado en la relación de cifras, y es que la mortalidad en los casos detectados, desde 1981, es del cien por cien. Además, todas estas cifras no son reales. Se calculan muchas más. La OMS calcula ya en diez millones las personas afectadas en el mundo; el Comité de ciudadanos anti-SIDA, de Madrid, calcula que 100.000 personas han podido ya tener contacto con el virus en estos momentos. A la gravedad de la enfermedad se unen dos aspectos que hacen más difícil su detención. El primero, las múltiples causas de transmisión, todavía no bien conocidas. Se dan como seguras, como bien ha dicho el señor Ministro, el semen, la sangre y sus derivados; la transmisión de madres infectadas al niño en período perinatal; las jeringuillas y las agujas contamina-

das. Además —aún no están comprobados del todo— se habla, y se preocupa a la población, de transmisión por la saliva, el sudor, las lágrimas, la orina y ciertos insectos chupadores de sangre.

El segundo punto que agrava esta enfermedad es la lentitud de evolución de la enfermedad hasta declararse como tal, que puede tener un período de cinco a siete años de incubación, en los que una persona infectada puede ser fuente de infección para otros, aunque no tenga síntomas clínicos de la enfermedad.

Esta es la situación calificada por muchos médicos del mundo en estos momentos como de imparable ascendencia, con una sombría perspectiva, ya que, aunque se descubriera ahora una vacuna, no se lograría evitar la muerte de los miles de afectados ya por la enfermedad; pero hay que apostar por el mañana.

Entre lo más grave es que, según todos los indicios, van a ir apareciendo nuevos grupos de riesgo de contagio, que ya empiezan a llamarse «grupos de práctica de riesgo», entre los hombres de negocio, agentes de venta, de turismo, viajantes de comercio, personal de vuelo a países exóticos. (Risas.) Es muy serio, señorías.

Es particularmente alarmante el documento-informe del catedrático de Pediatría de la Universidad del País Vasco cuando denunciaba el notable incremento de SIDA en los niños.

Los problemas sociales derivados de esta enfermedad son muchos y cada vez van a ser más, como de todo aquello que se considera misterioso, desconocido y grave.

El señor **PRESIDENTE**: Vaya terminando.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Señor Presidente, cuente que estoy interviniendo también en nombre de mi proposición no de ley retirada. Estoy ahorrando mucho tiempo a la Comisión.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Salarrullana, la Mesa es la que acumula los debates. No estamos en el debate de proposición no de ley.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Se lo he advertido al principio.

Hemos asistido estos días a la situación de un niño vasco no admitido en el colegio por ser hijo de una madre muerta por el virus; o como la del rector de la catedral de San Patricio que prohibió la boda de un enfermo del SIDA; o como los obstáculos, y esto es muy peligroso, que ponen algunos trabajadores sanitarios en la fecundación artificial y en las transfusiones de sangre por miedo a contagiarse.

Por todo esto no se puede, ni por puritanismo, ni por anticlasicismo, ni por dejadez dejar de estar a la vanguardia de la profilaxis, de la investigación y de la información. Asusta lo que se desconoce. Preocupa lo que se conoce; pero sólo conociéndolo se puede poner remedio.

Quiero tocar un punto que ha pasado por encima el señor Ministro que a mí me parece gravísimo, que es el de los hemofílicos.

Voy a hablarle de ese problema porque es un grupo de enfermos a los que todos unimos con el de drogadictos intravenosos y homosexuales al hablar del SIDA, cuya etiología es completamente distinta. Ellos son víctimas de la inconsciencia, inoperancia, y abandono de las autoridades sanitarias que no han tomado las medidas oportunas en las donaciones de sangre y se ha llegado a la siguiente situación que no se puede desconocer. De un censo de 2.500 hemofílicos en España hay 50 fallecidos por SIDA. De esos 2.500 el 86 por ciento tiene positividad al VIH; están llegando todos ellos al final del período de cinco a siete años de incubación; en los dos meses que llevamos de año, enero y febrero, han fallecido ya siete. Mientras tanto seguimos importando plasma de Nigeria, Kenia, India, México, etcétera, lugares clasificados como de dudoso o nulo control de los donantes. Tengo todos los datos, señor Ministro.

Desde 1983 la Asociación Española de Hemofílicos de la Seguridad Social viene escribiendo con asiduidad a los diversos Ministros de Sanidad sobre los primeros casos del SIDA —le hablo de 1983—, hasta el 9 de septiembre de 1986 que también le dirigieron a S. S. una carta. En todas ellas exigen un paquete de medidas que voy a resumir en las siguientes preguntas al Ministro.

Primera, ¿por qué la Comisión Nacional de Seguimiento del SIDA no hace el seguimiento de los casos notificados por protocolos constatados por los médicos responsables, comunicándoles cualquier incidencia con el expediente remitido a esa Comisión?

El señor **PRESIDENTE**: Vaya terminando, señora Salarrullana.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Termino ya, señor Presidente.

¿Por qué la Comisión Nacional de Hemoterapia sólo se ha reunido el día de su constitución?

¿Por qué seguimos dependiendo del plasma importado de países como Nigeria, India, México, etcétera?

¿Por qué el Plan Nacional de Hemoterapia está todavía aparcado en el Ministerio?

Para terminar, señor Ministro, yo quería decirle que espero que todas estas medidas hagan que no se pueda escribir otro libro como el que escribió Albert Camus en el siglo XIX. (El señor Arnau Navarro pide la palabra.)

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Salarrullana.

Tiene la palabra el señor Arnau.

El señor **ARNAU NAVARRO**: Para una cuestión de orden, señor Presidente. A mí me gustaría pedir una aclaración a la Mesa, y en particular a la portavoz de la Agrupación del PDP, acerca de la retirada de una proposición no de ley que parece ser que de hecho tenía presentada. La aclaración que solicito es si se retira por la convincente exposición del señor Ministro o si se debe a una notoria incompetencia de esta Comisión de Política Social y Empleo para tratar de la creación de una Comisión que

se pide se cree un Consejo de Gobierno, que no sabemos ni qué Consejo es, ni a qué Comunidad Autónoma pudiera pertenecer y que, a su vez, lo crea a través del Ministerio de Sanidad. Es una aclaración que pide a la benevolencia de la Mesa, señor Presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Arnau, la proposición no de ley está retirada, pero en su tenor dice que el Consejo de Gobierno, a través del Ministerio de Sanidad, cree una Comisión específica para el SIDA. Me imagino que la interpretación del Consejo de Gobierno es extensible al Gobierno de la Nación.

El señor **ARNAU NAVARRO**: No sabemos si es extensible, señor Presidente. El hecho cierto es que este Grupo Parlamentario se enteró ayer, a través de medios de comunicación, de que lo que se pretendía crear era una Comisión parlamentaria. Evidentemente, esta interpretación, que se dio por enterados portavoces de la Agrupación del PDP, no coincide con el texto de la proposición no de ley presentada. En cualquier caso, nos parece coherente la retirada de esta proposición no de ley. Por otra parte, yo pienso que, en lugar de retraso, habría que hablar de flexibilidad y agilidad por parte de la Mesa, en tanto en cuanto ha aceptado proposiciones no de ley que, en lo que se refiere a este caso, no eran inteligibles para este Grupo Parlamentario. **(La señora Salarrullana de Verda pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias por el apoyo a la Mesa, pero hemos tomado criterios respecto a la proposición no de ley con el fin de que hubiera una unidad temática en el debate en la jornada de la mañana.

Señora Salarrullana, no abra un debate sobre este tema.

Por el Grupo de Minoría Catalana tiene la palabra el señor Hinojosa.

El señor **HINOJOSA I LUCENA**: Voy a intentar recuperar el tiempo que se ha perdido en este minidebate que ha suscitado el señor Arnau.

La exposición del señor Ministro a mí me ha parecido una exposición profunda, amplia, exhaustiva y técnica y me ha dejado francamente preocupado, no digo alarmado. Evidentemente, tenía conocimientos de la gravedad de la enfermedad llamada SIDA, pero creo que la verdad es mucho más importante de lo que hasta ahora yo personalmente había valorado.

Es evidente que a las palabras del señor Ministro en este momento no se deben ir comentando, porque reafirmar que estamos de acuerdo con lo que ha dicho el Ministro no tiene sentido. Por tanto, voy a limitarme a hacer dos pequeñas observaciones respecto a esta intervención.

Primera, me parece vital que haya una colaboración entre el Gobierno del Estado y los Gobiernos autonómicos. En ese sentido, los partidos que gobiernan en las autonomías —y uno de ellos el que yo represento en este momento— estaremos siempre dispuestos a esa colaboración

y abiertos a cualquier tema nuevo que se pueda producir en ese sentido. Bien entendido que ello no ha de invadir competencias de los respectivos Gobiernos de las autonomías, sino colaboración real, auténtica. Cuando digo colaboración me refiero a compartir cualquier tipo de información que se tenga respecto a la enfermedad y a su tratamiento futuro.

En la intervención del señor Ministro no me ha parecido oír nada respecto al control del oficio más antiguo del mundo: «callejeo». Lo ha dicho, pero no con el suficiente énfasis. A mí me produce un cierto pavor ver cómo por las calles de las grandes ciudades de España hay cantidad de personas dedicadas a la prostitución con un descontrol absoluto.

Me refiero al descontrol sanitario. No quiero entrar en unos controles que pudiesen violar la libertad personal, pero creo que sí sería importante tomar algún tipo de medidas, de información, formación o represión, en el sentido de que se garantizase la sanidad de los servicios que estas señoras ofrecen.

Hay otros aspectos. Usted ya ha mencionado la cárcel, pero no el chabolismo. Hay chabolismo todavía con promiscuidad y con problemas sanitarios profundos, que creo que quizá sean un tema a tener en cuenta como foco de infección.

Finalmente, sólo comentar que lo más importante que le he oído decir al señor Ministro es que es necesaria una información profunda, constante, a todos los niveles, y una formación de los trabajadores que en los hospitales, en cualquier área sanitaria, tengan que tratar este tema.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo del CDS tiene la palabra el señor Revilla Rodríguez.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Señor Presidente, deseo sumarme a la satisfacción de los demás portavoces por la presencia del señor Ministro, tanto más teniendo en cuenta que ha sido el Centro Democrático y Social el Grupo Parlamentario que ha solicitado esta comparecencia. Lo hicimos porque creíamos que teníamos fundadas razones para pensar que el Gobierno, una vez más, lo decimos con toda sinceridad, señor Ministro, en un tema sanitario, no había estado a la altura de las circunstancias ni había respondido con la celeridad que las exigencias de esta pandemia demandaban. Ello es así y nos congratula coincidir en que nosotros pensamos que había llegado el momento de solicitar su comparecencia, porque usted también hoy nos ha dicho que ha llegado el momento de actuar contra el SIDA. Lo que sucede es que en el mundo biológico hay dos formas de protegerse y también dos formas de huir: la rigidez cadavérica y la catarata de movimientos. Me temo que hemos pasado de la rigidez cadavérica a la catarata de movimientos. ¿Y por qué digo esto? No es en absoluto que me parezca mal; todo lo contrario, lo celebro y me parece muy bien.

Fijense que todos estos anuncios, tanto en lo que se refiere a la creación de una comisión para la lucha contra el SIDA en las instituciones penitenciarias, que se publicó el 12 de febrero, como el acuerdo de que las Comuni-

dades Autónomas actuarán con protocolos idénticos con el fin de homogeneizar sus actuaciones, como el anuncio control obligatorio de las donaciones de sangre, como el hecho de que a partir de ahora se va a establecer un control, registro y prevención de la enfermedad, con un centro de referencia en cada Comunidad Autónoma, el hecho de que se considere al centro de Majadahonda como el punto central de la coordinación de todas las actuaciones, o la reunión misma de los representantes de las Comunidades Autónomas, todo esto sucede precisamente después de que el 4 de febrero solicitásemos la comparecencia del señor Ministro.

No somos ingenuos y no tenemos más remedio que establecer una relación de causa-efecto y, en cualquier caso, alegrarnos de que hayamos puesto en marcha esta respuesta que esperamos que sea adecuada a las exigencias de la enfermedad.

Un alto cargo del Ministerio dijo que el Departamento había mantenido los ojos abiertos y yo no lo voy a dudar. Lo que sí tengo que añadir es que mantuvo los ojos abiertos, pero de espaldas al problema planteado. Porque, fíjese usted, ya no se trata, como aquí se ha apuntado, de que sea una enfermedad que tiene un índice de mortalidad acumulativa del 50 por ciento, es decir, que de todos los casos comunicados en un momento dado han muerto el 50 por ciento. La Diputada Salarrullana ya ha advertido que de los casos de 1981 han muerto el cien por cien; de los detectados en 1983, han muerto ya el 80 por ciento. No se trata sólo de una enfermedad sobre la que no conocemos cuál va a ser la incidencia de los portadores o cuál va a ser el número de personas que va a desarrollar la enfermedad en el futuro, lo cual, naturalmente, introduce una incertidumbre para cualquier tipo de previsión, sino que, además, la enfermedad presentaba una forma de aparecer y, sobre todo, de transmisión que hacía inexcusable la puesta en marcha de campañas de información lo más veraces y directas posibles, como ha señalado el señor Ministro, si no queríamos que la enfermedad se propagase precisamente entre los jóvenes.

Tenemos datos realmene estremecedores, usted lo ha dicho, señor Ministro. La enfermedad incide entre los veinte y los treinta y nueve años. En la ciudad de Nueva York es la primera causa de muerte ya entre los varones en edades comprendidas entre treinta y treinta y nueve años y la segunda causa de muerte entre las mujeres comprendidas entre treinta y treinta y cuatro años.

Además, es una enfermedad vinculada, usted lo ha dicho, en sus vías principales de propagación, al sexo y a la drogadicción, lo cual dificulta la lucha contra ella. Y precisamente porque se trata de temas escabrosos que la sociedad tiende a ocultar en su tratamiento, exigía una sensibilización paulatina de la opinión pública. Ahora, habrá que hacerlo a toda lámina, con un mayor brutalismo y pagando las consecuencias sociales de esta educación brusca y sorprendente.

Hay otro hecho, también significativo. La enfermedad, precisamente porque no se dispone de tratamiento, es un campo especial de actuación para las acciones de medicina preventiva. Yo he dicho más de una vez que la espe-

cial afición a proclamar la medicina preventiva como la panacea de todas las actuaciones sanitarias nos podía llevar a incurrir precisamente en lo contrario, a desestimar la utilización de las medidas preventivas precisamente allí donde son más eficaces. Este es el caso de esta enfermedad. Justamente aquí, dentro de esa afición especial del Ministerio por la medicina preventiva y dando esta enfermedad una ocasión inigualable para estas acciones, no se actúa. Y no se actúa cuando llama la atención que el Gobierno del Partido Socialista dedica grandes sumas a campañas de publicidad en cualquier momento, en cualquier Ministerio y en cualquier Comunidad Autónoma en la que ostente el Gobierno, y, sin embargo, no se ha tenido esa sensibilidad para poner en marcha campañas de información y de educación.

No me voy a referir, por ejemplo, a los hemofílicos. Triste suerte la que tienen ya cuando el 80 por ciento —se ha dicho aquí— son seropositivos y cuando, además, se han cumplido en su densidad de población las mortalidades previstas. Le puedo dar los datos de los hemofílicos de, por ejemplo, La Paz y de las muertes que ya se han producido.

Esta pasividad ha prevalecido a pesar de la alarma que la enfermedad genera, de la elevada mortalidad que conlleva, de la existencia de interrogantes acerca de su contagio, de la relación entre los individuos seropositivos, de la necesidad de arbitrar procedimientos para el manejo de los pacientes en los hospitales, acerca de lo cual no hemos oído nada esta mañana.

La pregunta es obligada. ¿Qué es necesario que suceda en la sanidad para que el Ministerio de Sanidad se movilice? ¿Qué es necesario que suceda para que se produzcan respuestas adecuadas, teniendo en cuenta que nos encontramos ante una enfermedad de singular difusión y presentación?

Como el señor Ministro ha pedido colaboración y nosotros estamos dispuestos a dársela, fundamental y especialmente a partir de este momento, en que parece que ya el Ministerio se ha puesto en marcha, creemos que lo primero es no perder el tiempo, como se ha hecho hasta ahora. Vamos a pasar ya al control efectivo de la sangre y sus derivados. Que no suceda que aparezcan reivindicaciones o peticiones de indemnizaciones porque no se hayan puesto en marcha medidas sanitarias adecuadas. Extensión de los test de detección; todos sabemos que son caros. Nosotros, en el debate sobre Presupuestos, solicitamos una ampliación de la partida destinada precisamente a los test de detección. Nos fue denegada. Entonces se nos dijo que el tema no era importante. Es necesario crear consultas especializadas, como ya se han creado en otros países. Vuelvo a insistir en la necesidad de campañas de información y de educación sanitaria que instauren prácticas de vida higiénicas; medidas entre los deportistas. En Gran Bretaña ya los propios maestros han puesto en marcha una campaña de ilustración para los escolares. La propia Ministro de Alemania Federal ha salido más de una vez en la televisión para advertir directamente, de modo perentorio, a los jóvenes y especialmente a los escolares, del peligro que les amenaza. Ya se calcula que en Alemania hay mil escolares que son seropositivos.

Coordinación de todas las acciones en todo el Estado. Se ha referido usted ya a ello. Nosotros pedimos en su día la comparecencia del Director del Instituto Carlos III —el doctor Nájera está aquí presente— y, entonces, se nos dijo que era necesario esperar a la aparición de un reglamento que iba a delimitar sus funciones. Nos hemos alegrado profundamente esta mañana de que, al margen de ese reglamento, realmente se nos haya ofrecido un avance de las funciones que va a desarrollar ese Instituto, incluida la función del Hospital del Rey.

Y aprovecho, ya que todos lo hemos hecho y ya que acabo de mencionar al doctor Nájera, para felicitarle por su designación, pero quiero advertir, con todo respeto para él y con todo respeto para la sociedad española que se congratula de tenerle como científico, que sus aportaciones, que serán valiosas a la investigación de los retrovirus, no deben sustituir a las acciones que el Ministerio de Sanidad tiene que poner en marcha.

Lo digo, señor Ministro, porque usted ha subrayado, con evidente satisfacción como Ministro —yo lo hago aquí como Diputado—, la disponibilidad del doctor Nájera, pero que esto no sea una coartada o una disculpa para no actuar, sino todo lo contrario.

Estudios epidemiológicos. Probablemente nuestro país poco puede hacer en la investigación, casi nada en la vacuna, y aprovecho para decir —y seguro que el doctor Nájera estará de acuerdo— que son muy difíciles los estudios acerca de esta vacuna por unas condiciones especiales, en las cuales no voy a entrar, y que permiten esperar poco y, desde luego, poco muy pronto, pero sí podemos hacer cosas importantes en los estudios epidemiológicos, incluso aportando datos que pueden ser de enorme relevancia al efecto de buscar terapéuticas apropiadas, así como el apoyo a los afectados, como ya se está haciendo en los demás países desarrollados. Apoyo material, médico, sanitario y apoyo psicológico a partir del momento en que se efectúe el diagnóstico. Y, ¿por qué? Porque no se puede dejar abandonado al diagnosticado de SIDA como un proscrito, ya que desarrolla una agresividad que le hace volverse contra la sociedad, siendo un grave transmisor de la misma. Y esto es algo que ya lo conocemos en muchas personas, así, por ejemplo, en el centro de Madrid, el 40 por ciento de las prostitutas son seropositivas —concuera con las estadísticas que usted ha dado— y muchas de ellas han desarrollado ya una importante agresividad, hasta el punto de que no dicen nunca su seropositividad, porque lo que intentan es que haya más personas que caigan en su calamidad. No quiero hacer aquí juicios de valor, pero es necesario tenerlo en cuenta como un hecho social.

Por lo tanto, nosotros proponemos un apoyo médico, sanitario, material y psicológico a los diagnosticados de SIDA, el diagnóstico gratuito de cuántas personas pertenezcan a la consideración de grupos de riesgo y el diagnóstico gratuito de las mujeres embarazadas que deseen someterse voluntariamente a algunas de las pruebas de determinación de seropositividad al SIDA.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo de Coalición Popular, el señor Mena-Bernal tiene la palabra.

El señor **MENA-BERNAL ROMERO**: Me uno al agradecimiento de la comparecencia del señor Ministro a petición de un Grupo Parlamentario, para entrar de frente y por derecho en un problema que realmente es preocupante, al que no se le puede quitar importancia y que no se puede minimizar en absoluto. Con ello no quiero decir que el señor Ministro haya dicho que no sea preocupante o que lo haya minimizado, pero sí quiero hacer énfasis en que es un problema que está aquí, que está viniendo. Según dice el señor Ministro con frase textual, España todavía está en el período inicial, y entiendo que ese «todavía» debe determinar, de una vez por todas, las medidas oportunas y pertinentes, para lo cual mi Grupo Parlamentario, por encima de intereses partidistas, que pudieran ser fáciles de utilizar en demagogia ante una situación alarmista o alarmante, hace dejación de ellos y quiere, una vez más, manifestar su contribución constructiva a este grave problema de la humanidad y, por supuesto, también de España. Quiero entrar en el problema dejando aparte todo tipo de números, de estadísticas y de manifestaciones ya expresadas, diciendo que, evidentemente, estoy de acuerdo en que ante un problema de tal gravedad, debía haber sido previamente conocida por los Grupos Parlamentarios la información del señor Ministro, para después, en un estudio constructivo, entre todos haber podido aportar soluciones. Como nos temíamos que eso no iba a ser así, hemos buscado la información —que coincide plenamente y tenemos todos los cuadernillos de información que el señor Ministro ha utilizado—, por lo que vamos a entrar de lleno en una serie de interrogantes que nuestro Grupo plantea y a los que quiere tener una respuesta lo más puntual posible con respecto a la investigación, base y fundamento de todo tipo de tratamientos que, en definitiva, aparte del diagnóstico, pueden ser la solución de un problema sanitario.

Está manifestado en el «Lancet», en el segundo capítulo de la publicación del 84, que hay individuos seronegativos en los que puede aislarse el virus y, evidentemente, esto puede tener una extraordinaria incidencia en los donantes de sangre, grupo de investigación al que el señor Ministro ha hecho alusión, y del que nos felicitamos que España esté dentro del grupo mundial. ¿Ha hecho el Ministerio algo al respecto? ¿Se sabe algo sobre ello?

Se sabe perfectamente que los heroinómanos —y en nuestro país la incidencia mayor del SIDA desgraciadamente viene en ese capítulo— pueden sufrir una segunda infección que es determinante indefectiblemente de la enfermedad del SIDA. ¿Hay hecho al respecto algún planteamiento en sentido positivo en cuanto a la investigación y su aplicación para evitar la mayor epidemiología que se está notando en ese grupo?

Evidentemente hay que desarrollar un programa de detección en los miembros proliferativos de la familia HTLV-III. ¿Se sabe algo al respecto en este grupo de investigación al que nos estamos refiriendo?

Con respecto al tratamiento, el señor Ministro ha dicho textualmente que en relación a las vacunas hay grandísimos avances. (El señor Ministro hace signos negativos.) Perdón, yo lo tengo tomado textualmente.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Vargas): Luego le daré el texto.

El señor **MENA-BERNAL ROMERO**: Bien, me dará el texto o echamos la moviola para atrás, pero ha dicho textualmente que hay grandísimos avances, y Dios quiera que eso sea así, pero en la documentación de que disponemos no es así. ¿Se refiere por casualidad a que evidentemente hay un anticuerpo neutralizante que posee especificidades tipo y que es de vital importancia para el desarrollo de una futura vacuna? Porque si eso es así, evidentemente sí hay un grandísimo avance, pero en relación a la vacuna en sí contra el SIDA no es exacto.

Con respecto a la medicación, le importa mucho a la sociedad española el saber en qué situación estamos; qué hay al respecto de las transfusiones de linfocitos alogénicos, en España concretamente.

Parece ser que toda la información que hay con respecto al tratamiento se centra en un tratamiento base que es un agente antivírico más un agente de reconstrucción de la inmunodeficiencia, es decir, un agente que aumente las defensas del organismo. Hasta ahora se han usado seis fármacos. Parece ser que todos son negativos. Voy a hacer gracia a SS. SS. de darlos porque los nombres son extraordinariamente dificultosos para los profanos en la medicina, como, por ejemplo, el antimonio tungsteno, el fosfonofato trisódico, etcétera. Pero hay uno, el ACT, o sea, el ácido-timidina que parece que es el que tiene más probabilidades. ¿Qué hay de ello en España? Realmente es importante dar un mensaje positivo a la población que está cada vez más preocupada.

Entro de lleno en el tema de la información. Yo entiendo que es fundamental que se haga una información, desde las fuentes que pueden hacerlo, porque la información desorganizada y, a veces, alarmista está creando una situación de verdadero pánico en países como, por ejemplo, Estados Unidos, donde se ha llegado incluso a la histeria colectiva. Espero que el Ministerio adopte las medidas pertinentes en España para que ese caso no se dé.

Esa información tiene que llegar a todos los estratos sociales y, fundamentalmente, no sólo a los grupos de riesgo, sino a aquellos que pueden ser potenciales grupos de riesgo, y hago especial énfasis en la juventud y en la adolescencia. Dentro del Plan Nacional que se tiene previsto para el SIDA —no lo he podido recoger con toda exactitud— me gustaría saber si hay prevista una información adecuada en las escuelas, dejando ya muchos atavismos que son absolutamente retrógrados, puesto que es necesario atacar de frente y por derecho, pero con información adecuada, repito, el problema sexual y la transmisión que en este grupo de riesgo tiene fundamentalmente el SIDA. Incido, en la juventud y en la adolescencia, ¿qué plan hay para las escuelas al respecto?

Ha caído en mis manos una información que viene de una revista, que no es precisamente muy conservadora en sus planteamientos, en donde se dice textualmente —no se asuste, señor Ministro, está en los quioscos, lo puede comprar cualquiera y por eso lo traigo a colación—: «La prevención individual es la única estrategia contra la en-

fermedad. Debemos aprender a atenernos a ciertas reglas de comportamiento que, es inútil engañarnos, limitarán incluso notablemente la esfera de las libertades personales».

Yo no voy a plantear aquí un debate acerca de la limitación de las libertades individuales, pero sí hago hincapié en que es precisamente por parte del Ministerio y de las consejerías de las Autonomías que tienen planteada la prevención del SIDA de donde debe venir esa información para atacar de frente y por derecho —repito— este grave problema.

Y vamos a los casos específicos, señor Presidente, si S. S. me lo permite. Había una hora y media para intervención de grupo, pero afortunadamente no se ha consumido...

El señor **PRESIDENTE**: Pero no toda para usted.

El señor **MENA-BERNAL ROMERO**: Evidentemente, no. No pienso pedir más tiempo para mí.

Con respecto a las cárceles se ha hablado de cursos, etcétera, pero nos preocupa seriamente una información que tenemos de que existen muchos casos sin ningún tipo de sanción cuando la homosexualidad es de mutuo consentimiento. No cabe la menor duda de que ahí hay un grupo de riesgo importante. ¿Qué medidas tiene previstas el Ministerio al respecto?

Sabemos perfecta y desgraciadamente que existen muchas violaciones dentro de las cárceles que no son denunciadas por temor a las represalias. ¿Qué tiene previsto el Ministerio al respecto sobre ese dato concreto?

Hay autolesiones —la sangre es una de las vías de las transmisiones del SIDA— que están perfectamente detectadas en las cárceles. ¿Hay algo previsto para evitarlas?

Los funcionarios de las cárceles están cada vez más preocupados por la transmisión que les puede venir del contagio directo a través de estas cuestiones.

Con respecto a la pediatría, solamente se ha enunciado el tema. Yo quisiera saber en nombre de mi Grupo cuál es la situación actual del problema del SIDA en la pediatría; es decir, la situación real en España, porque no sólo de pan vive el hombre, sino de informes de eminentes catedráticos. Aquí hay que hacer una investigación en profundidad, porque sabemos perfectamente la incidencia que puede tener.

El aspecto psicosocial se ha tratado de pasada y hay que abundar en él, porque no cabe la menor duda de que el SIDA produce un estigma sociocultural importante en la población, aparte del que produce la propia enfermedad. Por tanto, ¿qué se ha hecho en España a este respecto?

El señor **PRESIDENTE**: Señor Mena-Bernal, pasó su tiempo hace rato ya.

El señor **MENA-BERNAL ROMERO**: ¿Tengo que terminar? ¿Corto o sigo?

El señor **PRESIDENTE**: Puede seguir; es una advertencia, pero vaya acabando.

El señor **MENA-BERNAL ROMERO**: Muchas gracias, señor Presidente por su benevolencia. Yo creo que estamos todos contribuyendo, aun cuando la mía sea una modesta contribución.

Con respecto a los heroinómanos, que es el grupo de riesgo más importante con mucha diferencia con respecto a Europa y al resto de los países, como se ha detectado en la información del señor Ministro y en cualquier tipo de información —no vamos a entrar en estadísticas porque no era mi intención—, aparte de decirles que no toquen las jeringuillas, que no usen una dos personas, etcétera, ¿no se va a hacer nada más? ¿Con eso se va arreglar el tema? ¿Qué medidas concretas tiene el Ministerio, desde el Plan Nacional sobre la Droga, para actuar decidida y definitivamente sobre esta lacra social que estamos padeciendo, a la que se suma el importante problema del SIDA?

Con respecto a la hemofilia yo no tengo más remedio que sacar a colación, señor Ministro, que una de las pocas cosas que se nos concedió en la legislatura pasada por la mayoría socialista fue la aprobación de una proposición no de Ley con respecto al Plan Nacional de Hemoterapia y los centros de Plasmaféresis. Está aquí recogida; fue aprobada por esta Cámara, pero aunque se ha dicho aquí por el señor Ministro que en 1985 se publicó el Plan Nacional de Hemoterapia, en septiembre de 1986, el Presidente de la Sociedad Española de Hemofilia de la Seguridad Social sigue pidiendo, por favor, que se ponga en marcha dicho Plan Nacional de Hemoterapia. No sólo está la cuestión en publicarlo en el «Boletín Oficial del Estado», si es que está publicado —demuestro una laguna de sapiencia al respecto—, sino que hay que ponerlo en marcha y poner en funcionamiento la Comisión Nacional y, por supuesto, los Centros Nacionales de Plasmaféresis.

Termino, señor Presidente, porque me está insinuando que lo haga. Con respecto a las cuestiones de la OMS, tengo que decir que la OMS ha sido muy contundente en sus afirmaciones sobre lo que hay que hacer. Hay que declarar una enfermedad notificable y confidencial. La notificación hay que hacerla inmediata dentro del sistema de vigilancia nacional. ¿Se hace en España? La confidencialidad sale en una resolución dictada por el Ministerio, y después en la otra no sale. ¿Qué pasa con ello? La confidencialidad es obligatoria. Las recomendaciones que da para los trabajadores de asistencia sanitaria la OMS, ¿se cumplen concretamente en España?

El señor **PRESIDENTE**: Señor Mena-Bernal, tiene usted medio minuto.

El señor **MENA-BERNAL ROMERO**: Ya acabo.

El «Boletín de Información Epidemiológico», al que tanto se hace referencia, el último, al menos el que está en mi casillero de la M-30 del Congreso, es de la semana del 24 al 30 de agosto, impreso el 3 de febrero de 1987. Esto, ¿es regular o irregular?

Hay, que yo sepa, siete autonomías en las que todavía no hay una norma con relación al tema del SIDA. ¿Por qué?

Termino, señor Presidente, dándole las gracias por la benevolencia que ha tenido con el tiempo, y diciéndole que mi Grupo, aparte de la crítica que pueda ejercer como Grupo mayoritario de la oposición, que está en su obligación y derecho de ejercerla, está absolutamente dispuesto a la colaboración en un problema que trasciende la frontera de los partidos, y que es realmente un problema nacional.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Correas, por el Grupo Socialista.

El señor **CORREAS PARRALEJO**: Intervengo en un turno muy breve, en primer lugar, para agradecer al señor Ministro el informe que ha dado a la Cámara sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, tema que, dadas las especiales características que lo definen, se ha convertido en uno de los problemas de salud que más aparecen en los medios de comunicación.

Probablemente debido al misterio y a las incertidumbres que lo han rodeado desde el principio, se ha convertido en una auténtica preocupación para la población, para los profesionales y para los poderes públicos. Si bien es cierto que el número de casos diagnosticados en nuestro país es bastante bajo si lo comparamos con los de otras enfermedades infecciosas, rasgos característicos de ésta, como son la dificultad en su control, su elevada letalidad y la vinculación inicial a comportamientos culturalmente rechazados han hecho que el problema del SIDA salte la barrera estrictamente médica y se encuentre en la cresta de la ola de la atención del país. Desde mi Grupo Parlamentario compartimos la política diseñada desde el Ministerio y expuesta esta mañana por el señor Ministro. Creemos que se ajusta a criterios de racionalidad y conduce al punto justo en la dimensión real del problema. Creemos que se debe continuar e intensificar la política de investigación científica en estrecha conexión con los organismos internacionales, pues aunque es obvio que se ha avanzado grandemente en el conocimiento de la enfermedad, aún quedan lagunas inmensas, como son la creación de una vacuna eficaz o incluso el propio conocimiento exacto del período de incubación de la misma enfermedad.

Creemos también que hay que continuar e intensificar la acción en la aplicación de normas profilácticas dirigidas a prevenir y evitar la difusión y, por último, creemos que la acción de atención sanitaria al enfermo de SIDA debe incluir su círculo familiar y social, así como también deberá hacerse un esfuerzo en el entorno asistencial y humano del enfermo de SIDA.

Por último, señor Presidente, en relación con lo que ha aparecido en algún momento en alguna intervención de los que me han precedido en el uso de la palabra respecto a esa tardanza de que se ha acusado en algún momento a la Comisión en el tratamiento de este tema en la Cámara, simplemente recordar a los Grupos intervinientes la presencia del señor Ministro de Sanidad en una comparecencia en el anterior período de sesiones, en el mes de septiembre, y creo recordar que no se utilizó esta com-

parecencia por parte de ningún Grupo para tratar este tema.

El señor **PRESIDENTE**: Para responder a los portavoces de los Grupos Parlamentarios, tiene la palabra el señor Ministro de Sanidad y Consumo.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Vargas): Señor Presidente y señores Diputados, me van a permitir SS. SS. como respuesta global, les diga que agradezco su actitud. Creo que es una actitud positiva; pero también que les exprese cierta decepción: creo que en sus respuestas ustedes han estropeado un poco esta actitud positiva y la han estropeado porque se han visto en la obligación de decir algo, y con unas excepciones muy notables que ahora en las respuestas mencionaré, han terminado por embrollar un poco el asunto.

Debo decirles que yo creo que no han estado, al menos parte de ustedes, a la altura del tono que yo he utilizado, porque yo he utilizado un tono extraordinariamente ponderado, sereno, abierto, y mi intervención ha estado basada todo el tiempo en datos objetivos, contrastados científicamente y avalados por las publicaciones que mis colaboradores me han presentado y que yo he tenido oportunidad de analizar.

Creo que al verse obligados a intervenir y a decir cosas sobre la marcha, han desenfocado un poco la cuestión. Lo dije al principio: se trata de estar sereno y vigilante; hay que estar preocupado, pero no hay que decir cosas aquí, donde por la resonancia enorme que tiene esta Cámara, en la que están representados todos los españoles, pueden provocar confusión. No se puede venir a esta Cámara, señor Mena, con revistas en la mano, que son muy respetables. Señor Botella, hay que venir también con datos más estudiados; no hay que utilizar solamente el periódico. Aquí hemos intentado dar un tono profesional y un poquito elevado a una discusión que es muy importante y que se tiene que mantener en ese tono para que la población no se confunda.

Debo decir que agradezco mucho la amabilísima intervención del señor Espasa, que ha dicho que yo había sido brillante y que he hecho «pinitos». Todo el mundo sabe que yo no soy médico y no soy científico; todo el mundo sabe que soy economista. Es decir, yo soy como la totalidad de los Ministros de Sanidad de la OCDE, no pertenezco a la sanidad; soy un caso más. Esto no lo oculto a pesar de que algunas veces me provoquen pequeños roces con ciertos profesionales de la sanidad que preferirían seguir con los usos antiguos de que en cada Ministerio hubiera un profesional del ramo. Por tanto, los «pinitos» se los tiene usted que agradecer, señor Espasa, a mis excelentes colaboradores, que me han ilustrado y durante un largo tiempo me han estado entrenando sobre este asunto hasta detalles en algunos casos que no he querido incorporar a mi intervención, porque el asunto es apasionante y al final uno termina por perderse en medio de esta vertiginosa sucesión de conocimientos y de avances científicos.

Han insistido ustedes continuamente en el problema

del retraso. El problema del retraso es una cuestión simplemente de opinión, señor Revilla. Usted lo ha dicho también. Podríamos estudiar cuál ha sido el comportamiento de todos los gobiernos a lo largo de los últimos años conforme iba evolucionando el conocimiento de la enfermedad, conforme iban evolucionando las recomendaciones y según evolucionaba la enfermedad en su país.

Por tanto, las cosas no están tan retrasadas, usted verá que no están tan retrasadas. Si lo comparamos —y hay datos en la carpeta que yo le voy a entregar—, veremos que España se encuentra con un retraso de dos o tres meses, efectivamente, desde que empezaron las campañas masivas de información en los otros países europeos; pero teniendo en cuenta nuestros índices de prevalencia, la verdad es que nosotros podemos estar trabajando ahora con la misma intensidad que trabajan ellos con índices de prevalencia mucho mayores.

No estamos, por tanto, en esa situación tan dinámica. Se va a acelerar, sin duda, y ojalá aparezcan conocimientos científicos que permitan que la curva lleve a una meseta. En eso estamos todos, no en la vacuna; estamos en eso, en que se pueda contener el benzalconio y todos estos productos a los que el señor Mena ha hecho referencia; resumiendo, espermicidas, para que lo entienda todo el mundo, a ver si es posible que logremos estabilizar el crecimiento de la enfermedad.

Vamos a estudiar, señor Revilla y señores Diputados todos, cuál ha sido la secuencia de las recomendaciones que han hecho las organizaciones de prestigio internacional, el CDC de Atlanta, el Centro de Investigación del Cáncer de Washington, la misma OMS, el Consejo de Europa, la Comunidad Económica Europea. Si ponemos todo en una secuencia temporal, ya verán como las cosas no están tan retrasadas.

En todo lo relativo a la prueba que ustedes mencionan como dato arrojado contra el Gobierno, pueden ustedes tener razón. Ojalá se hubiera podido implantar hace unos meses, pero la recomendación viene del año 1985 en países con unas prevalencias mucho más altas y con unos colectivos de riesgos mucho más numerosos que nosotros. No quiero entrar en acusaciones de antes o de después; yo creo que no merece la pena. Sólo puedo decir una cosa: llegué al Ministerio en agosto, me encontré el presupuesto de 1986 en ejecución; inmediatamente puse en marcha el presupuesto de 1987 y cuando el año 1987 se ha iniciado se ha elaborado la norma, se han dado las instrucciones a los hospitales y en este momento, al día de hoy, todos los hospitales las tienen ya o les están llegando hoy mismo.

Hay un problema con las pruebas. El señor Mena parece que también ha dedicado los últimos días a estudiar el asunto. Parece que hemos dedicado los dos el fin de semana a lo mismo. **(El señor MENA-BERNAL ROMERO: No.)** El tiene más formación médica que yo, obviamente. El sabe que hay en el mercado 17 marcas distintas de test. Un país, antes de tomar una decisión a este respecto, sabiendo que la combinación de pruebas no es igual al su- perponer los diferentes tipos de reactivos para evitar los falsos positivos, tiene que pensárselo un poco. A lo largo

de los últimos meses en el Ministerio hemos estado trabajando en decidir cuáles serían las marcas que definitivamente se iban a utilizar en virtud de la experiencia que había en el resto del mundo. Por eso se han seleccionado las cuatro que aparecen en la circular de estos días que, según recomendaciones de la OMS y según la experiencia de otros países, son las que dan una red de seguridad mayor a la superposición de pruebas.

No me repitan tanto lo del retraso, porque todo tiene su explicación. La verdad es que en la Administración no trabajamos tan poco. Si el señor Mena-Bernal me dejara más tiempo para trabajar en esto en lugar de escribirme más de doscientas preguntas sobre temas muy diversos a lo largo de los últimos quince días, yo creo que, obviamente, trabajaría mejor y haría más cosas en este sentido. (Rumores.)

Creo que, a veces hay abusos de las prácticas parlamentarias, y perdóneme, señor Mena, si le he ofendido, porque nada más lejos de mi intención, ya lo sabe usted. Soy una persona cordial y educada, pero, de verdad, durante dos semanas me está usted quitando el tiempo, yo estoy abierto al diálogo en el Ministerio, pero vamos a hacerlo amigablemente, no con este procedimiento tan complejo que nos obliga a todos a trabajar para el señor Mena, que es algo muy importante, el señor Diputado es importantísimo, pero vamos a buscar otro método.

No necesitamos recuperar el tiempo perdido de forma tan brutal. Tenemos que ser rápidos, pero no empleemos adjetivos tan tremendos. Medicina preventiva. Ya se hizo un folleto sobre el SIDA en el año 1985, un folleto muy limitado a las circunstancias de aquel entonces, cuando la enfermedad todavía era mal conocida. El folleto lo publicó el Ministerio y, después, el Ministerio ha seguido muy de cerca los folletos que han realizado las Comunidades Autónomas, y debo decir —no sé si hay hoy aquí algún representante del Grupo Minoría Vasca— que, por ejemplo, el folleto y la información que han hecho los vascos nos ha servido para difundirla nosotros mismos entre otras Comunidades Autónomas porque nos ha parecido excelente. Es decir, se ha venido trabajando. Yo he dado una lista de normas, medidas y actuaciones tan prolijas que no me pueden decir que no se ha hecho nada. Me pueden decir que se podía haber hecho más, obviamente, siempre se puede hacer más, somos humanos y podríamos trabajar dieciséis horas diarias, ser un país más rico, tener más científicos, tener una población más educada y ello permitiría que todo saliera mejor, evidentemente.

Paso ya a responder a los señores Diputados. El señor Bernárdez hizo una advertencia prudente y muy hábil, me dijo que cuidado con las Comunidades Autónomas, a ver si se les iba a obligar a tomar medidas que supusieran gastos financieros y, por tanto, que no apoyáramos esto. He de decirle que cuando se hizo la transferencia de competencia a las Comunidades Autónomas y se publicaron los Reales Decretos, uno está a lo que venga cuando ya tiene la competencia. Por tanto, tendremos que compartirlo todo. Para ello existe el Consejo interterritorial que está a punto de estructurarse, para que podamos compartir, pero aquí cada uno tiene que tener una responsabilidad

en ese terreno. No vayamos a confundir ahora el problema del SIDA con el eterno que existe sobre los temas financieros entre todas las Comunidades Autónomas, de un signo u otro, y Madrid.

Ha dicho algo que me ha dejado un poco preocupado, porque yo pienso mucho en ello y también me preocupa. Es verdad que la colaboración que obtenemos, de los colegios y de las sociedades científicas, a veces, es menor de la que deberíamos obtener, pero en esto ya sabe usted cuál es la actitud que tiene mi equipo. Desde el primer día estamos haciendo un esfuerzo, me atrevo a decir que paciente incluso, por tener una excelente relación con colegios y ahora hemos hecho una oferta —yo creo que generosa— de colaboración con las sociedades científicas, algunas parece que lo están estudiando, y espero que se desarrolle. Yo creo que en este terreno ya hay algunas sociedades que están trabajando con el Centro de Virología, pero eso hay que intensificarlo. Tiene usted razón.

Sobre la vacuna antigripal, ya sabe usted —y esto es una especie de anécdota entre el señor Bernárdez y yo— que al final se puso a la venta en España, justo al mismo tiempo que en el resto de Europa, lo que ocurre es que el señor Bernárdez tiene razón en una cosa: no lo advertimos con antelación, pero la tuvimos en el mercado cuando había que tenerla.

El señor Espasa ha hecho una serie de consideraciones. Mientras que en esta Cámara se hable en términos de tolerancia, evitaremos esos problemas que usted ha mencionado. Yo creo que es muy meritorio que todos los Grupos desde el suyo, Izquierda Unida, hasta el Grupo Popular, hayan coincidido en esto. Quizá sea lo más positivo de esta reunión, aparte de otros aspectos, pero esto es sumamente positivo. El compromiso que en la sesión de hoy, en esta Comisión, hemos establecido para mantener un tono de tolerancia y de respeto hacia las personas que puedan estar afectadas, que viene amparado por las recomendaciones de la OMS, Comunidad Económica Europea, etcétera, es una buena noticia para todos los que puedan estar preocupados por este problema.

Efectivamente, he dicho que habría considerar este caso, de una embarazada que diera seropositiva, como uno de los que se incluyeran en los tres supuestos de la Ley de 1985, sobre interrupción del embarazo. Efectivamente, conlleva la enfermedad dicha situación, así como el riesgo de la vida para el feto o para el ser que nazca después; pero no voy a entrar en esta consideración, yo creo que esto es algo que en su momento, cuando se presente, deberíamos estudiarlo.

Con relación a la integración de los programas de la Comunidad, obviamente es nuestra obligación y, además, nos interesa para que la política que nosotros hagamos cuente con el respaldo de lo que estén haciendo los otros países, especialmente en asuntos de emigración, emigraciones especialmente estacionales. Nuestra actitud no es solamente seguir los problemas científicos o la evolución del conocimiento, sino también esto.

Con relación a las Comunidades Autónomas tenemos un respeto exquisito. Estos días nosotros tenemos un problema político, que usted conoce bien, relacionado con la for-

mación de profesionales que se deriva precisamente de ese trato exquisito a las competencias de las Comunidades Autónomas, y el desgaste lo estamos sufriendo nosotros. Por tanto, tenga también la garantía.

Me va a permitir el señor Botella que le diga una cosa, y se la voy a decir con todo el cariño de amigo que sabe que le tengo, y es que me ha sorprendido mucho su intervención viniendo de un profesional. Yo sólo lo achaco a que probablemente por problemas de procedimiento no ha tenido ocasión de preparar sus intervenciones, pero la verdad es que sus argumentos son todos absolutamente rechazables. Me dice, por ejemplo, que ya se ha reconocido que no es de homosexuales o drogadictos, como si eso fuera una cosa que tuviéramos que reconocer nosotros. Esto lo reconoció la OMS hace poco menos de un año, es decir, la declaración mundial en este sentido es de hace poco menos de un año y yo lo he dicho en todo momento en mi intervención.

Dice que mis colaboradores no están protegidos. Las normas de recomendación OMS de julio de 1986 se han fundido en todos los hospitales, además ya he dicho que ahora estamos haciendo el folleto. De lo que yo no tengo la culpa es de que luego en los hospitales los jefes de servicio no sean capaces de instruir a todos y cada uno, y que haya luego algún señor que diga que a él nadie le ha informado. ¡Por Dios! En los hospitales se han difundido las recomendaciones, ahora bien, como sé que por ahí hay uno o dos señores, no sé cuántos, que dicen que a ellos no se les ha contado, debo decirles que ya está en marcha y recuerdo la publicación de estas recomendaciones de la OMS del verano pasado, que alcanzó la cifra de 200.000 ejemplares, y que dentro de quince días se lo entregaremos a cada uno. Yo no sé si luego cada jefe de servicio será capaz de tomar la lección o comprobar que se lo ha leído; yo no sé lo que se puede hacer en estos casos, entiéndame, estamos en un colectivo de 200.000 trabajadores, por tanto, la difusión de la información a veces no es tan fácil, y desde luego, no se puede culpar al Ministro de que esa difusión no haya llegado a cada uno de los rincones, porque hay una autoorganización y una autonomía de los hospitales que, obviamente, yo reconozco siempre. No me diga que los profesionales no han recibido los boletines epidemiológicos, en esto tiene razón el señor Mena, probablemente los hayan recibido con algún retraso, y eso es importante; pero a los hospitales sí que llega, es decir, a los particulares puede que no les llegue con esa rapidez, pero a los hospitales sí. En cualquier caso, me confundió usted cuando hablé de los tiempos de doblaje. Yo he estado hablando de los tiempos de doblaje internacional, no de los tiempos de doblaje en España, lo confundió usted, probablemente yo no leí bien en ese momento; quizá sea por eso.

A continuación me dice algo que yo no puedo aceptar, porque empieza a hablarme casi poniendo en duda el papel de los científicos españoles, que no se sabe quiénes son los que participan y, además, utiliza noticias de la prensa, que son absolutamente respetables, es un periódico de toda seriedad, pero esas cosas se pueden comprobar de

una manera más directa, incluso hablando con los protagonistas, no leyendo solamente el diario cada día.

Todos los problemas que usted me menciona, por ejemplo, las prevalencias en cárceles, están ahí y están en el documento. Me habla de los casos extremeños. Bueno, habrá que comprobarlos. Usted sabe que ahora tienen que enviarse las pruebas al Centro Nacional de Virología, allí se someterán a las pruebas de caso que le definí en mi intervención del CDC y allí se verá, cruzando además las pruebas, si es verdad o no que están contaminados o infectados, pero previamente habrá que comprobarlo científicamente. Seguramente habrá venido en un periódico de su región.

Me atrevo a decirle una cosa: si quiere tratar estos aspectos de los científicos y de la participación española en este terreno, soliciten la comparecencia de los responsables del Carlos III y del Centro de Virología, y hablen de los problemas científicos y las aportaciones españolas. Háganlo. Yo creo que así quedará todo más claro.

A la señora Salarrullana debo decirle que me alegra mucho que coincidamos en el contenido de la proposición no de ley, y debo agradecerle que en esta ocasión, además de incorporar anécdotas a su intervención, haya incorporado algunas anotaciones literarias e incluso cinematográficas. Hoy hemos hablado un poco de todo: de Rock Hudson y Camús. Recordará usted el libro de Camús, que todos leímos más o menos en la misma época, y que es un libro que consiste en una alegoría sobre lo absurdo de la vida, y la imposibilidad de enfrentarse a este absurdo con éxito, ¿recuerda aquello? Espero que esta alegoría no se refiera a muchas cosas absurdas que se dicen con relación al SIDA, y no en esta Cámara, pero sí fuera de ella. Por tanto, no creo que sea la cita más adecuada. Si hablamos en los términos de esa novela en relación al SIDA, estamos perdidos.

Las causas de transmisión, señora Salarrullana, son muy bien conocidas ya y hay documentación muy clara. He citado cómo de 80 casos aparece prevalencia en un número reducidísimo en lágrimas y sí aparece en otros fluidos humanos como sangre o semen. Esa es una información contrastada internacionalmente. Por tanto, no alarmemos a la gente con las lágrimas o con la saliva, porque al final terminaremos alarmándola con la respiración. Lo de la respiración ya se ha dicho; a ver si va a resultar que empezamos la caza de las brujas, porque las lágrimas, al fin y al cabo, la gente no las usa tanto, ese fluido humano no es tan frecuente, pero la saliva o la respiración, que ya se están diciendo, pueden sugerir una alarma social tremenda. Así que, por favor, mucho cuidado en todo esto.

Me ha citado el caso de los niños del País Vasco. Conozco el caso, y con esto respondo también de pasada al señor Mena. Efectivamente, hay estudios sobre el SIDA pediátrico y prácticamente en su inmensa totalidad están relacionados con madres drogadictas por vía intravenosa. Es un problema general, no solamente en el País Vasco, sino en toda España.

En cuanto a los hemofílicos, tenemos el Plan de Hemoterapia que viene funcionando, a pesar de lo que aquí se diga; tenemos el Plan de bancos de sangre de 1985; tene-

mos las normas del Real Decreto de 1985, que se están cumpliendo. Lo que ocurre es que es verdad que determinados grupos de riesgo están preocupados, y nosotros somos conscientes de esa preocupación. Les podemos recibir cuando ellos quieran, les damos explicaciones siempre que quieran; estamos trabajando con las Comunidades Autónomas para que este grupo se sienta protegido, porque nos preocupa mucho. Estamos muy preocupados también por los hemofílicos, porque su riesgo no viene de lo que esté ocurriendo ahora en los bancos, que puede haber un pequeño margen, sino de lo que ocurrió en el pasado, porque la enfermedad, como hemos dicho, puede aparecer cinco o siete años después, ellos están preocupados, con mucha razón, y nosotros estamos también muy interesados que esta preocupación se vaya diluyendo, y están preocupados de que la enfermedad pueda aparecer en cualquier momento. Por eso insisto en que si hay que tomar medidas adicionales con los hemofílicos, las tomaremos y comprobaremos los bancos de sangre, haremos los test en ese 20 por ciento de los bancos de sangre donde la prueba todavía no se ha realizado; lo haremos. Yo me comprometo aquí, en esta Cámara, a hacerlo.

Hemos hecho muchas cosas en este terreno de la sangre; la sangre se importa a Estados Unidos, con origen en otros países, obviamente, pero se importa con certificados, con unos certificados de pruebas que son las pruebas internacionalmente recomendadas por los propios centros y autoridades de Estados Unidos, y vienen con el certificado. La prevalencia en hemofílicos no es del 80 por ciento, es del 50 por ciento. No sé quién dijo el 80, lo cual me alarmó y miré rápidamente los datos. El estudio de los casos que se han dado hasta ahora (cuidado, señora Salarrullana, que tiene usted razón, que esto de los datos en este asunto hay que manejarlo con mucho cuidado, porque es algo que está cambiando rapidísimamente y en colectivos distintos; tiene razón el señor Revilla en que hay que manejar esto con cuidado), del único oficial que hay, que es el de Virología, sobre 242 casos, da el 50 por ciento. No alarmemos a los pobres hemofílicos que sólo les faltaba escuchar que son el 80 por ciento.

Los enfermos, además, están estandarizados, con normas OMS y además en una permanente relación con la Sociedad Nacional de Hematología. Estamos trabajando con ella permanentemente para que a través de la Sociedad de Hematología haya contactos con todos los servicios de Hematología de los hospitales españoles. O sea, que, en ese sentido, hay un seguimiento permanente.

El señor Hinojosa, de Minoría Catalana, plantea un problema grave, para el que no tengo la respuesta. Es el problema de la prostitución. La prostitución no está regulada legalmente en nuestro país, y es muy difícil actuar sin un marco legal. Hay actuaciones, Barcelona, Madrid; los ayuntamientos han hecho estudios con este grupo de personas; creo que Bilbao también, no estoy del todo seguro—Sevilla también ha trabajado con prostitutas—; pero habrá que seguir trabajando, y cuando den seropositivas habrá que pensar cuáles son las actuaciones que se toman. Eso no lo ha resuelto todavía ningún país; ésta es una de las cuestiones que recurrentemente salen en las

reuniones internacionales. Yo creo que antes o después tendremos que acceder a ella.

El señor Revilla ha hablado de proposiciones concretas, y en muchas de ellas estoy muy de acuerdo: la rapidez de las campañas, vamos a ir a ello; extender las pruebas de sangre, probablemente las vamos a tener que extender a los bancos en aquellos sitios donde todavía no existía la prueba porque legalmente no estaba establecida. Después de lo que ha ocurrido en Cataluña, en Bellvítege, que afortunadamente se ha comprobado que era una falsa alarma, entendemos que inmediatamente se empezará a realizar la prueba, empezaremos enseguida, en estos días.

Respecto a lo que usted me pide de salir en TV como la señora Ministra de Alemania, me lo tendré que pensar; especialmente no voy a salir como la señora Ministra ha salido, que ha salido en la portada de «Der Spiegel» enfundada en un condón; me parece excesivo. (Risas.) Eso no lo voy a hacer, pero todo se estudiará.

El Instituto Carlos III ustedes lo saben, se lo he pedido muchas veces, señor Revilla, y se lo pido a todos, señor Mena, señor Botella, se lo pido a todos los que son profesionales, debe ser un proyecto muy común de todos nosotros, porque no es un proyecto mío, es un proyecto que va a quedar ahí. He hecho mucho hincapié en el Carlos III porque ya están viendo cómo el enfoque que le dimos estaba pensado en el problema del SIDA, en enfermedades infecciosas. Aprovechar el viejo edificio de Sinesio Delgado, que probablemente usted conocerá, señor Mena, el que fue diseñado como oncológico, luego como neurológico y resulta que ahí está muerto de risa. Yo les voy a pedir a todos ustedes que me pidan lo que quieran con respecto al Carlos III: visitarle, ver el decreto antes de que se publique... Yo quiero que sea un proyecto de todos nosotros, porque es un proyecto científico, es un proyecto que tiene que perdurar por encima de dificultades políticas y es un proyecto, además, en el que en todas las intervenciones en los debates suscitan una gran unanimidad. Vamos a seguir en esa vía.

Me ha dicho lo de los estudios epidemiológicos, y es verdad. En España estamos bastante mal respecto a epidemiología, yo lo he oído siempre que vengo aquí. Hay muchos datos dispersos; los hospitales tienen una gran cantidad de datos, pero no se recogen en ningún sitio. Por eso vamos a crear el Centro Nacional de Epidemiología, a imitación de otros muchos países que tienen centro nacional, que es un centro independiente donde se recoge la información y se articula. La utilización de la información luego la hacen los Ministerios o las autoridades sanitarias que tengan competencias.

Respecto al apoyo a los afectados, quiero decirle que el sanitario ya lo tienen. En los hospitales del INSALUD se les está recibiendo y debo decir, además, que hay una respuesta generosísima por parte de los hospitales del INSALUD. A veces hay una postura de aceptarlos antes incluso que ningún otro, es decir, adelantarse a los otros. Hay una necesidad obvia de diagnóstico, usted lo ha dicho bien, no gratuito, para la población que simplemente quiera comprobar, en condiciones de confidencialidad, su

situación. En esto estamos, en el Plan lo teníamos bastante pensado.

Voy a agradecer al señor Mena su ofrecimiento, que ha sido generoso, y ha sido, además, brillante y bien expresado. Obviamente no voy a entrar en el juicio científico porque, ya le digo, soy economista. Esto lo he estudiado bien, como era mi obligación, pero no vamos a entrar en el benzalconio o todos estos productos; espermidas y vale. Creo que todos estamos de acuerdo.

Creo que el señor Mena está en un pequeño error, o quizá se ha expresado deprisa y no he seguido bien su argumentación. Dice que los no seropositivos pueden estar infectados, pero sólo pueden estar infectados al comienzo y al final de la enfermedad; es decir, en el período ventana de ocho-doce semanas, o al final, cuando ya se ha destruido todo el sistema inmune y ya no hay reacción a los sueros. Pero esto es tan reconocible en la fase terminal, por las manifestaciones clínicas, que ese 10 por ciento —que se ha manejado en alguna revista, lo he visto— ya no es significativo; es decir, es el 10 por ciento de enfermos terminales que ya no tienen sistema inmune y, por tanto, como no tienen linfocitos, no reaccionan a los sueros que se les inyectan.

Luego están los más peligrosos. Ese período ventana de ocho-doce semanas hasta que comienza la primera manifestación de la enfermedad: el exantema, la gripe, etcétera. Efectivamente, este es un reto: cómo conseguimos reactivos cuando no existen todavía anticuerpos. Prácticamente imposible.

Por favor, lo de la vacuna lo he dicho bien y está en mi texto. He dicho que se están produciendo avances sobre el conocimiento de la morfología del virus, cómo reacciona y cómo se articula en su RDN con el ADN de la célula. Al conocer esto, se puede empezar a trabajar sobre un ente biológico, por ingeniería genética, que permita actuar sobre el linfocito para atacar el virus sin destruir éste, pero yo no he dicho que eso sea la vacuna. Lea mi papel. ¡Caramba, que lo he dicho bien!

Es verdad lo que dice, estaba en el Plan y se va a recoger así en el plan de escolares, cuando me he referido a la información básica. Hay una información que debe darse con una cierta rapidez, pero luego hay otra que tiene que darse con un sentido de tiempo más dilatado. Escolares, he dicho también trabajadores de la Sanidad, los que puedan tener una relación con los enfermos —a éstos hay que darles una información de base mantenida— y, luego, he hablado también de los trabajadores de servicios personales, a los cuales hay que instruirles simplemente en esas pequeñas precauciones que hemos dicho: la lejía, el alcohol y hervir a los 65 grados. Esto es algo importante, señora Salarrullana, porque en el año 1985 obligamos a todos los bancos de sangre a proceder al calentamiento de la sangre a 65 grados durante unos veinte minutos con objeto de evitar riesgos. Esto se está haciendo también; se me olvidaba decirselo.

Con relación a la pediatría del drogadicto, ya le dije antes que, según los datos del Instituto Carlos III, todo ello está relacionado con la existencia de una madre drogadicta seropositiva.

Y ahora voy a la última pregunta, porque estoy muy interesado en este tema. Usted me ha mencionado el caso de los drogadictos en cárceles; grave y serio problema. Yo le agradecería mucho que me sugiriera qué es lo que tenemos que hacer con estos drogadictos en cárceles, con el uso de agujas, qué tenemos que hacer con ellos. ¿Cuál es su propuesta?

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Ministro. Con esto queda concluido el trámite de la comparecencia. (El señor Mena-Bernal pide la palabra.) Tiene la palabra el señor Mena-Bernal.

El señor **MENA-BERNAL ROMERO**: Deseo intervenir por alusiones, señor Presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Ha solicitado una propuesta y S. S. puede utilizar cualquiera de los procedimientos reglamentarios existentes para hacerla en su momento.

El señor **MENA-BERNAL ROMERO**: Si me permite, señor Presidente, no era esa la alusión concreta. Yo he sido aludido por el señor Presidente en el sentido de traer aquí a colación una revista y una información inadecuadas, y después he sido seriamente reprendido por el señor Ministro por el abuso del uso parlamentario. (El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO (García Vargas): Amistosamente.**) Pero me ha dicho que no lo dejo trabajar, porque le presento 252 preguntas de muchas materias. Sencillamente, lo que estoy haciendo es usar...

El señor **PRESIDENTE**: Señor Mena-Bernal, no ha sido aludido. Ha sido obligadamente mencionado, al tener que responder a cada uno de los portavoces parlamentarios.

El señor **MENA-BERNAL ROMERO**: Pero no concretamente por las preguntas por escrito que yo le hago al Ministro de Sanidad.

El señor **PRESIDENTE**: No ha lugar al turno de alusiones.

El señor **MENA-BERNAL ROMERO**: Yo protesto, señor Presidente, y permítame la protesta, porque no estoy siendo atendido en mi derecho parlamentaria en este mismo momento.

El señor **PRESIDENTE**: Constará en acta, señor Mena-Bernal.

PREGUNTA RELATIVA A CRITERIO DEL GOBIERNO SOBRE LA ACTUALIZACION DE LAS TARIFAS DE HONORARIOS Y RETRIBUCIONES QUE HAN DE REGIR EN LA ASISTENCIA A LOS TRABAJADORES ACIDENTADOS EN EL TRABAJO Y NORMAS DE SU APLICACION DE ACUERDO CON EL IPC ACUMULADO DE 1982 A 1986 (FORMULADA POR DOÑA PILAR

SALARRULLANA DE VERDA, A. PDP, DEL GRUPO MIXTO)

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al segundo punto del orden del día, que es la pregunta presentada por doña Pilar Salarrullana, relativa al criterio del Gobierno sobre la actualización de las tarifas de honorarios y retribuciones que han de regir en la asistencia a los trabajadores accidentados en el trabajo y normas de su aplicación de acuerdo con el IPC acumulado de 1982 a 1986.

Señora Salarrullana, el señor Ministro, por error, no tiene aquí la documentación para contestar a su pregunta, y se ofrece a contársela en Pleno, en pregunta tasada de cinco minutos, o a hacerlo en la próxima comparecencia, o bien por escrito.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Señor Presidente, es ya la segunda vez que esta pregunta, por errores míos, de la Comisión o de los señores Ministros, queda en globo. Yo no sé qué decirle al señor Ministro, porque por escrito no querría que me la contestara. Querría que me la contestara oralmente; no sé cuándo será su próxima comparecencia y no sé a qué tiempo para pregunta oral en pleno se refiere, si dentro del cupo al que tiene derecho nuestro Grupo, o fuera de ese cupo.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Salarrullana, la Mesa de la Comisión ha adoptado un acuerdo para sistematizar las comparecencias de los cargos de la Administración y de los señores Ministros, de tal forma que todos los meses, en la primera semana del mes, habrá una reunión de la Comisión dedicada al control del Ejecutivo en temas sanitarios. Por tanto, salvo que plantee su Grupo una reunión de la Comisión exclusivamente para este tema, quedaría para la reunión que tendrá lugar a primeros del mes que viene. Si no, tendría otros vehículos parlamentarios, para hacerla bien en Pleno o bien aceptar la contestación por escrito.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Yo sólo preguntaría al señor Ministro si su oferta de que esta pregunta vaya al Pleno es para esta semana, para mañana.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Vargas): Para mañana.

El señor **PRESIDENTE**: El señor Ministro puede estar dispuesto a hacerlo; lo que pasa es que la Mesa de la Cámara tiene la ordenación del debate y el orden del día de este Pleno ya está elaborado. Por tanto, no podemos asumir ese compromiso.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: De acuerdo, señor Presidente. La dejo para la próxima comparecencia del Ministro en esta Comisión, en un rasgo de benevolencia por parte de esta Diputada y de mi Grupo Parlamentario.

El señor **PRESIDENTE**: Cosa que le agradece la Mesa, pero puedo ofrecerle la posibilidad de que el Director General de Planificación Sanitaria, que comparecerá esta tarde, le dé cumplida contestación a esta pregunta, si usted quiere, o si no, quedaría pospuesta para cuando comparezca el señor Ministro.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Yo prefiero guardarla para cuando comparezca el señor Ministro.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señora Salarrullana. **(El señor Revilla pide la palabra.)**

Tiene la palabra el señor Revilla.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Nada más que agradecer a la Diputada Pilar Salarrullana su consideración hacia el señor Ministro, en primer lugar, y hacia la Presidencia, en el sentido de que retira el planteamiento de esta pregunta.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Vargas): Por otro lado, benevolencia de la señora Salarrullana, que se incardina en una relación personal que siempre tiene ese tono. Por eso, yo se lo agradezco también.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Señor Ministro, por favor, que conste en acta que sólo se trata de relación política. **(Risas.)**

El señor **PRESIDENTE**: Estamos en una Cámara política, señora Salarrullana.

Dada la hora que es, tendríamos que haber entrado en la proposición no de ley de la Agrupación del Partido Liberal, relativa a la protección sanitaria a los enfermos del SIDA, que al no haberse manifestado el señor Botella permanece viva, para que se discuta en esta Comisión.

Dado la hora que es y que a las cuatro y media está prevista la comparecencia del Director General de la Alta Inspección, este punto lo retrasaremos al final de las comparecencias de los señores Directores Generales, y se verá posteriormente. Por tanto, me parece que podríamos levantar la sesión. **(El señor Botella Crespo pide la palabra.)** ¿Señor Botella?

El señor **BOTELLA CRESPO**: Señor Ministro, a mí no me importa en absoluto...

El señor **PRESIDENTE**: Señor Botella, no es necesaria la presencia del señor Ministro para discutir una proposición no de ley.

El señor **BOTELLA CRESPO**: No me importa en absoluto que el tema se posponga, pero yo creía que, siguiendo su propósito de esta mañana, que era mantener el hilo conductor del debate sobre el SIDA, lo íbamos a tener ahora. Ya veo que no es así.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Botella, si usted quiere que levantemos la sesión sobre las cuatro y media de la tarde, o que no haya lugar para que los Diputados repongan sus fuerzas, está en su derecho de plantear este tema, pero creo que los otros Grupos Parlamentarios no lo admitirían. Por eso he hecho esa sugerencia, que permitirá

que tratemos la cuestión dentro del día de hoy, que es la forma de seguir con el hilo conductor.

Se levanta la sesión.

Eran las dos y cuarenta minutos de la tarde.

Imprime RIVADENEYRA, S. A. - MADRID

Cuesta de San Vicente, 28 y 36

Teléfono 247-23-00.-28008 Madrid

Depósito legal: M. 12.580 - 1961