



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1988

III Legislatura

Núm. 216

POLITICA SOCIAL Y DE EMPLEO

PRESIDENTE: DON ANGEL DIAZ SOL

Sesión Informativa

celebrada el martes, 16 de febrero de 1988

Orden del día:

- Comparecencia del señor Ministro de Sanidad y Consumo (García Vargas), a petición propia, para informar sobre los resultados del Plan Nacional del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sobre las conclusiones de la cumbre mundial de Ministros de Salud sobre los programas de prevención del SIDA celebrada en Londres (número de expediente 214/000018).
 - Debate acerca de la proposición no de ley relativa a ayuda al tratamiento de la fibrosis quística, presentada por la Agrupación de Diputados del PDP («B. O. C. G.» número 126, Serie D, de 23-11-87) (número de expediente 161/000054).
-

Se abre la sesión a las diez y quince de la mañana.

COMPARECENCIA DEL SEÑOR MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO, A PETICION PROPIA, PARA INFORMAR SOBRE LOS RESULTADOS DEL PLAN NACIONAL EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) Y SOBRE LAS CONCLUSIONES DE LA CUMBRE MUNDIAL DE MINISTROS DE SALUD SOBRE LOS PROGRAMAS DE PREVENCION DEL SIDA, CELEBRADA EN LONDRES.

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, se abre la sesión con el primer punto del orden del día, que contempla la comparecencia del excelentísimo señor Ministro de Sanidad y Consumo, a petición propia, para informar sobre los resultados del Plan Nacional del Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y sobre las conclusiones de la cumbre Mundial de los Ministros de Salud sobre los programas de prevención del SIDA, celebrada en Londres.

Damos la bienvenida al señor Ministro y le concedemos la palabra para que realice su intervención.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Vargas): Muchas gracias, señor Presidente.

señor Presidente, señoras y señores Diputados. Se cumple ahora casi un año desde mi comparecencia en esta misma Comisión del pasado 3 de marzo de 1987, para informar y debatir con sus señorías sobre la incidencia de la nueva enfermedad que es el SIDA. En aquella ocasión se mencionó la conveniencia de que el Parlamento fuese informado con regularidad sobre la extensión del síndrome de inmunodeficiencia en la población española, facilitando la formulación de propuestas por parte de esta Comisión de Política Social y Empleo.

El Subcomité de Epidemiología del Plan Nacional sobre el SIDA hace públicas trimestralmente, de la misma forma que antes hacía la antigua Comisión Nacional de trabajo, la cifras de casos declarados. No obstante, parece conveniente informar más detalladamente a la sociedad, a través de esta Cámara de representación, de la evolución de esta nueva enfermedad en España a lo largo de 1987. Conviene asimismo evaluar las medidas de prevención adoptadas, y considerar cualquier otra que pudiera sugerirse desde los grupos políticos aquí representados.

La actitud del Gobierno y del Ministerio de Sanidad y Consumo ante el SIDA sigue siendo de preocupación. La población debe seguir estando alerta ante el peligro que supone para todos y muy especialmente para ciertos grupos de práctica de riesgo como drogodependientes por vía intravenosa y homosexuales. No obstante, el clima fuera y dentro de España es ahora algo menos pesimista que hace un año. No es que haya cambiado la naturaleza de la infección: nos enfrentamos a una enfermedad de consecuencias mortales para la que no existe ninguna vacuna o tratamiento eficaces y por cada enfermo declarado existen numerosos portadores del virus que pueden transmitirlo. Pero las perspectivas en cuanto a extensión de la enfermedad en el mundo han sido modificadas a la baja, el co-

nocimiento de la sintomatología y tratamiento ha mejorado, con la ayuda de ciertas drogas y hay constancia de que la población está informada sobre las medidas preventivas recomendadas.

Entre fines de 1986 y diciembre de 1987, se ha pasado de 438 casos de SIDA a 789, lo que supone una tasa por millón de habitantes de 11 y 20,3 respectivamente. Como saben sus señorías, las cifras trimestrales se van revisando periódicamente en cada país según la fecha de primer diagnóstico patológico y no la de notificación del caso. Esto da origen a una redistribución en el tiempo de las cifras de OMS y de las naciones miembros, aumentándose las correspondientes a trimestres pasados, en los cuales se produjo la primera manifestación de la enfermedad de los afectados, antes de que fueran declarados caso oficial.

Esta reclasificación hace que las cifras mundiales, a final de 1986, se hayan corregido al alza, llegando a 47.743 y no 34.448, como indicaba el dato disponible en el momento de mi comparecencia el 3 de marzo de 1987. En España se han corregido también, pasando de 242 a 438, a 31 de diciembre de 1986. A fines de 1987, con la provisionalidad de las cifras ya indicada, el número de casos declarados era de 789. Esto supone que se ha pasado de 11 a 20,3 por millón el espacio de un año. La cifra, a diciembre de 1987, una vez producida la confirmación de fechas del primer diagnóstico, podrá situarse en torno a 840-850 casos. Este número estimado es inferior a las previsiones que se realizaban en España a principios del año pasado.

Por otro parte, las cifras tenderán ligeramente al alza a partir del próximo marzo, debido a la utilización internacional de unos criterios de caso más amplios que los que se han venido utilizando hasta ahora. Para dar una clara medida del efecto de esa nueva definición, el Centro de Colaboración de OMS sobre SIDA de París estima que, globalmente, estará en torno al 10 ciento del total.

Puede darse a conocer que, de acuerdo con la nueva definición, el número de enfermos al acabar 1987 estaría en 874. Si añadimos la estimación de casos que se someterán al Subcomité de Epidemiología del Plan a lo largo de los próximos meses, con primeros síntomas aparecidos en el pasado año, la cifra final a considerar estará situada en torno a 930-940 casos.

Repito lo dicho hasta ahora, señorías. El número de casos declarados al acabar 1987, de acuerdo con la definición tradicional de OMS, era de 789. Utilizando la nueva definición de esa organización, más amplia que la anterior y cuya utilización va a ser simultánea a la anterior durante 1988, se elevan a 874. Y se estima que en los próximos meses se declararán casos, cuyas primeras manifestaciones ocurrieron en 1987, hasta llegar a 930-940 enfermos.

De todo lo anterior se puede desprender la impresión de que en España se ha producido un aumento muy rápido en el último año. Sin embargo, las cifras trimestrales demuestran que se está produciendo en nuestro país un alargamiento del tiempo de doblaje muy similar al ya experimentado en otros países desarrollados. Este tiempo de doblaje ha pasado de 7,2 meses, en 1986, a 14,7, en 1987 (sobre 789 casos, reduciéndose a 13,1 meses con 840

casos), con tendencia a un plazo cada vez más largo. De los 789 casos, 397 habían fallecido al acabar 1987. La mortalidad para el total acumulado de casos de cada año ha pasado de 64,6 por ciento, en 1986 a 50,3 por ciento, en 1987. La cifra global del número de casos se reparte de la siguiente forma: 680 varones (fallecidos 345), 199 mujeres (fallecidas 52) y 29 niños de menos de 14 años (fallecidos 21).

Por tipo de diagnóstico, corresponden 619 casos, el 78 por ciento, a las infecciones oportunistas (315 fallecidos, el 79 por ciento del total del grupo): seguidos por 63 de Sarcoma de Kaposi, el 8 por ciento (20 defunciones, el 5 por ciento); 53 de infección oportunista unida a Sarcoma de Kaposi, el 6,8 por ciento (27 defunciones, el 6,8 por ciento); y 35 de Linfoma no Hodgkin, el 4,4 por ciento (21 defunciones, el 5,3 por ciento). Como recordarán sus señorías, el Sarcoma de Kaposi fue una de las primeras manifestaciones patológicas de la pandemia de SIDA, al aparecer entre colectivos de homosexuales sanos y jóvenes, cuando previamente sólo se había diagnosticado en los países desarrollados en personas mayores de 65 años.

La distribución por factores de ese número acumulado de casos es como sigue: Adicción a drogas por vía parenteral, casos, 52 por ciento defunciones, 50 por ciento prácticas homosexuales, 24, defunciones, 21, drogadictos y homosexuales simultáneamente, casos 6 por ciento, defunciones 6 por ciento; hemofilia, casos 9 por ciento, defunciones, 12 por ciento; por transfusiones o hemoderivados, casos, uno por ciento; defunciones, 2 por ciento; hijos de madres afectadas, casos 2 por ciento; defunciones, 3 por ciento; pareja de persona de factor de riesgo, casos uno por ciento; defunciones, uno por ciento; desconocidos, casos 5 por ciento; defunciones, 5 por ciento.

Por grupo de práctica de riesgo, las infecciones oportunistas afectan en mayor proporción a los casos asociados al factor adicción a drogas por vía parenteral y a los casos ligados a hemofilia, mientras que el Sarcoma de Kaposi se diagnosticó principalmente entre los casos ligados a prácticas homosexuales.

En cuanto a edades, los enfermos se distribuyen como sigue: De 0 a 11 meses, total 7, fallecidos 5. De uno a 4 años, total 9, fallecidos 7. De 5 a 9 años, total 6, fallecidos 4. De 10 a 14 años, total 6, fallecidos 5. De 15 a 19 años, total 20, fallecidos 11. De 20 a 29 años, total 392, fallecidos, 188. De 30 a 39 años, total 236, fallecidos 110. De 40 a 49 años, total 74, fallecidos 40. De 50 a 59 años, total 27, fallecidos 18. De más de 60 años total 12, fallecidos, 9. Total de casos, 789, fallecidos 397.

Geográficamente, según el lugar de notificación, el número de casos se reparten de forma muy desigual por comunidades autónomas. Esta distribución es como sigue: Andalucía, número de casos 76; 11,1 por millón. Aragón, 11 casos, 9,2 por millón. Asturias, 12 casos, 10,9 por millón. Baleares, 27 casos, 38,6 por millón. Canarias, 15 casos, 10 por millón. Cantabria, 6 casos, 12 por millón. Castilla-León, 17 casos, 6,5 por millón. Castilla-La Mancha, 11 casos, 6,4 por millón. Cataluña, 188 casos, 31,3 por millón. Valencia 49 casos, 12,9 por millón. Extremadura, 2 casos, 1,8 por millón. Galicia, 28 casos, 9,6 por millón.

Madrid, 232 casos, 47,3 por millón. Murcia, 2 casos, 2 por millón. Navarra 12 casos, 24 por millón. País Vasco, 73 casos, 34,7 por millón. Rioja, 3 casos, 10 por millón.

En todas las comunidades autónomas con cifras significativas, la adicción a drogas por vía parenteral es el primer factor de riesgo que está en el origen de la infección, con la excepción de Canarias y Baleares, donde la mayoría de casos se localiza en el grupo social de homosexuales y Aragón, donde 5 de los 11 casos declarados pertenece al grupo de hemofílicos.

Del conjunto de cifras aportadas destaca la mejoría observada en el pronóstico de los enfermos a lo largo de los últimos meses, ya que disminuye constantemente el porcentaje de fallecidos sobre el de casos declarados. La causa más probable es la mayor prontitud de las personas de grupos con prácticas de riesgo para acudir al sistema sanitario o tomar precauciones. En este cambio de conducta deben haber influido los programas de información y las ofertas realizadas por la red del sistema sanitario y los servicios sociales de algunas comunidades autónomas y ayuntamientos y los mismos programas del Plan Nacional sobre Drogas. También han incidido el mejor conocimiento de la enfermedad por parte de los profesionales y la experiencia acumulada por éstos, que permiten un diagnóstico más temprano y exacto.

Es de suponer que en el futuro continúe esta mejoría, tanto en el alargamiento de los tiempos de doblaje de casos declarados como en el pronóstico de los enfermos. Así ha sucedido antes en otros países europeos y en Estados Unidos.

Es de esperar, sin embargo, que estas mejores perspectivas de extensión no se repartan homogéneamente. Hasta ahora se ha apreciado de manera mucho más destacada en hemofílicos, seguidos por homosexuales, mientras que en adictos a drogas por vía parenteral se observa una tendencia más confusa debido siempre a la reinfección o la estimulación continuada del sistema inmunitario como factores desencadenantes de la enfermedad.

En las cifras anuales se mantiene un tiempo de doblaje sólo ligeramente más dilatado entre homosexuales (11,2 meses) que entre drogadictos por vía intravenosa (10,2 meses), pero esta diferencia se amplía en la evolución trimestral.

Por otra parte, es cada vez más clara la disminución de casos asociados a la hemofilia (27 nuevos casos, en 1986, y 15 en 1987) y a las transfusiones de sangre (6 casos nuevos, en 1986, y 4, en 1987). Ambos grupos sumaban 70 y 10 respectivamente casos, a finales de 1987, con una mortalidad de 67 por ciento y 80 por ciento en cada uno de ellos. Esta tendencia es consecuencia de la aplicación de medidas de control en hemoderivados, desde 1985, y de detección en donaciones de sangre, de 1986-87.

Como resumen de todo lo anterior cabe indicar las siguientes conclusiones: 1.ª Se observa una tendencia al alargamiento de los tiempos de doblaje más rápida de lo previsto. 2.ª Parece existir una mayor conciencia entre los grupos de riesgo sobre los síntomas de la enfermedad y una mayor capacidad de asistencia por parte del sistema sanitario que da origen, junto a un mayor arsenal tera-

péutico y a un mejor pronóstico de los enfermos ya declarados. 3.ª Se están agudizando las peculiaridades del modelo de extensión de la enfermedad en nuestro país, con una tendencia a aumentar en los adictos a la droga por vía parenteral cuyo pronóstico es peor que el de otros grupos de prácticas de riesgo.

Todo lo anterior pone de manifiesto que el peligro sanitario del síndrome de inmunodeficiencia adquirida sigue siendo muy elevado en España debido al amplio número de drogodependientes por vía intravenosa existente y que están infectados en una elevada proporción. No obstante, todo parece indicar que existe una mayor dilación en el tiempo de la aparición de casos entre el número de infectados y una mayor capacidad del sistema sanitario para el tratamiento. Esto último supone revisar al alza las preocupantes previsiones sobre costes asistenciales de esta enfermedad, dado que los enfermos permanecen períodos cada vez más dilatados en instituciones sanitarias.

A las de enero de 1988, los casos de SIDA acumulados en el mundo son 75.392, correspondiente a 130 países (31 países más notifican no tener casos). Los casos acumulados, a 28 de diciembre de 1986, eran 49.743. Por continente, los casos acumulados en África son 8.692, correspondientes a 38 países (9 países más notifican no tener casos); 56.890 en América, correspondientes a 42 países (2 países más notifican no tener casos); 224 en Asia, correspondientes a 19 países (9 países más notifican no tener casos); 8.767 en Europa, correspondientes a 27 países (1 país más notifica no tener casos); y 742 en Oceanía, correspondientes a 10 países (4 países más notifican no tener casos). Los casos nuevos declarados, en el año 1987, son 5.946 en África; 17.632, en América; 127 en Asia; 3.852 en Europa y 325 en Oceanía. La distribución de los casos acumulados es 75 por ciento América; 12 por ciento Europa; 12 por ciento África y 1 por ciento entre Asia y Oceanía. Existen ya 50 países que han declarado más de 50 casos de SIDA (18 en América, 14 en Europa, 13 en África y 3 en Oceanía). De enero de 1985 a enero de 1988, el número de casos se ha incrementado 6 veces, habiendo aproximadamente 100 países más que declaran casos.

El número de casos declarados diagnosticados en 1987 es claramente mayor que en 1986, en África (5.946 y 2.441 respectivamente); en Asia (127 y 54 respectivamente); en Europa (3.852 y 2.635 respectivamente), y en Oceanía (325 y 240 respectivamente). Sin embargo, en América, continente con el mayor número de casos (17.632 y 17.090 respectivamente años 1986 y 1987) el aumento anual en el número de casos diagnosticados el pasado año es muy ligero, a pesar de las pesimistas previsiones que se expresaban hace dos años.

Sobre la base de la información existente, el programa global de SIDA de la OMS, sigue trabajando sobre la cifra de 5.000.000-10.000.000 de infectados en el mundo. Se considera que en Estados Unidos puede haber 2 millones de infectados, en África 2,5 millones y en Europa 500.000. El Plan Nacional de SIDA de España sigue trabajando sobre la cifra de 100.000 infectados.

Sobre los riesgos de que los portadores se conviertan en enfermos, se ha comprobado hasta ahora que a los cin-

co años, tras el momento de la infección, el 20-30 por ciento se convierten en casos de SIDA conforme a los criterios internacionalmente aceptados y entre el 25 y 50 por ciento desarrollan síntomas. Esto supone que de 500.000 a 3.000.000 de personas pueden llegar a ser casos de SIDA en los próximos 5 años. El número de casos de complejo relacionado podría ser entre 3 y 5 veces mayor, que el actual.

En Estados Unidos, el país del mundo con mayor número de casos (aunque no con la más alta tasa por millón, que corresponde a algunas islas del Caribe), a 28 de diciembre de 1987, el total de casos era 49.740, correspondientes a 161 casos por millón de habitantes. Para 1991, los expertos pronostican 74.000 casos nuevos (270.000 acumulados) y 54.000 fallecimientos (170.000 acumulados). En Suiza, que es la nación europea fuera de la CEE con mayor incidencia, a fines de diciembre de 1987, llegaban a 56 casos por millón.

Estas evidencias, aplicadas a las cifras estimadas de portadores, aunque éstas pueden ser exageradas, dan por ahora un número muy elevado de posibles enfermos en todo el mundo y también en España. Cabe esperar, no obstante, que se confirme la tendencia al decrecimiento de la intensidad de la infección en los nuevos portadores y a un cambio de hábitos entre los infectados, reduciendo las sobrecargas de su sistema inmunitario. En el mejor de los casos, aun cuando la progresión de la enfermedad se ralentice, las víctimas serán muy cuantiosas si no mejora la terapéutica. En muchas culturas los hombres y mujeres de 20-40 años dan soporte económico directo no sólo a los niños sino también a los ancianos. La influencia negativa de la enfermedad se mantendrá pues en esos países, durante décadas.

Como saben sus señorías, se distingue entre tres patrones epidemiológicos. El primer patrón incluye Europa Occidental, Norteamérica, algunas áreas de Sudamérica, Australia y Nueva Zelanda, donde la transmisión es casi exclusivamente entre grupos de prácticas homosexuales y de drogodependencias por vía intravenosa y con mayoría de hombres sobre mujeres (la relación hombre-mujer es de 8 a 1). Un segundo patrón incluye el Centro, Este y Sur de África y el Caribe, donde la transmisión es fundamentalmente heterosexual. El índice hombre-mujer prácticamente 1 y no existen variaciones de incidencia entre áreas urbanas y rurales. Una gran amenaza es la transmisión perinatal. Un tercer patrón incluye Asia, la mayoría de la región del Pacífico de la OMS, Oriente Medio y Europa Oriental donde la prevalencia de VIH en poblaciones con factores de riesgo es muy baja, aunque con tendencia a incrementarse.

La previsión actual es que, en el primer patrón, la mortalidad general en los hombres comprendidos en el segmento de edad de 25 a 34 años se incrementa hasta en dos tercios por causa del SIDA de aquí a 1991, situando esta causa entre las que, hasta ahora, constituyen las principales causas de mortalidad (accidentes de tráfico, suicidios, enfermedad cardíaca o cáncer).

En el segundo patrón, la previsión es que en 1991 las cifras de mortalidad asociadas al SIDA se incrementen un

100 por ciento sobre las de 1987. Dentro de este patrón en las áreas donde el 5 por ciento de las embarazadas están infectadas por VIH, el índice de mortalidad de su descendencia será aproximadamente el 13 por mil, dentro de 4 años, que es superior al de todas las otras causas. Se puede anticipar en dichas áreas un incremento de la mortalidad infantil del 20 por mil actual hasta el 50 por mil. El riesgo para descendientes de infectadas por VIH es más alto que para cualquier otro grupo en todo el mundo.

Como pueden observar sus señorías, hay razones para ser algo menos pesimistas que hace un año, pero no hay ninguna para dejar de estar muy preocupados o ser mínimamente optimistas.

Como base para la comparación entre la CEE y España se han utilizado las cifras provisionales a 31 de diciembre de 1987 del informe correspondiente a la CEE del centro de Colaboración de la OMS de París y las del Subcomité de Epidemiología del Plan Nacional sobre el SIDA para el mismo período de tiempo. El número de casos declarados en la CEE es de 9.328. Desde el 30 de septiembre de 1987, se han notificado 1.569 casos nuevos, lo que significa un 20 por ciento de incremento. En España el incremento para este período de tiempo es el 26 por ciento; es decir, 165 casos nuevos (de los cuales, 8 no tenían todavía asignada fecha de diagnóstico).

Por número de casos acumulados, a 31 de diciembre de 1987, el primer país en la CEE es Francia con 3.073 casos, seguido de la República Federal de Alemania con 1.669, Italia con 1.411, Reino Unido con 1.227 y España con 798 ocupando el quinto lugar. Sigue a continuación Holanda con 420 casos, Bélgica con 297, Dinamarca con 228, Portugal con 90, Grecia con 88, Irlanda con 35 y Luxemburgo con 9. Este orden de prelación no ha variado respecto de la declaración correspondiente a 30 de septiembre de 1987.

En el orden de prelación, según los incrementos de casos notificados en el cuarto trimestre del año 1987, ocupa el primer lugar Francia con 550 (42-43 por semana), seguida de Italia con 307 (23-24 por semana), República Federal de Alemania con 269 (20-21 por semana), reino Unido con 160 (12-13 por semana) y España con 157 (12 por semana) que ocupa el quinto lugar. A continuación, con 1 ó 2 casos por semana vienen Bélgica, Dinamarca, Grecia, Irlanda, Luxemburgo, Holanda y Portugal.

Más representativo de la incidencia es el índice de casos por millón de habitantes que se ha calculado para cada país según las estimaciones de población del Institut National d'Etudes Demographiques de París. En la CEE el índice más alto es el de Francia 55,9, seguido de Dinamarca con 44,7, Bélgica con 30,0, Holanda con 29,0, República Federal de Alemania con 27,4, Italia con 24,6, Luxemburgo con 22,5, Reino Unido con 21,8, y en noveno lugar España con 20,3 (19,6 si se excluyen los casos diagnosticados correspondientes a residentes extranjeros). A continuación vienen Irlanda con 9,7, y Grecia y Portugal con 8,7. Tampoco el orden de prelación ha variado respecto de la declaración correspondiente a 30 de septiembre. Sobre 8.808 casos acumulados, a 31 de diciembre, se habrán producido en la CEE 3.872 fallecimientos (44,0

por ciento de mortalidad), cuya distribución por semestre ha ido descendiendo regularmente de, 1981 pasando el índice de mortalidad del 70,6 antes de 1981, a 83,9 en el semestre enero-junio de 1982 y 14,5 en el último semestre de 1987.

Sobre estos 8.808 casos acumulados a 31 de diciembre en la CEE, 7.871 (88,3 por ciento) eran hombres, 4.937 (10,6 por ciento) eran mujeres, es decir una proporción de casos hombre-mujer de 8,4. Recordamos que en España sobre 789 casos acumulados, 680 eran varones (86,2 por ciento) y 109 mujeres (13,8 por ciento); es decir un índice de casos acumulados hombre-mujer de 7,24. Esta mayor proporción de mujeres se deriva de nuestra peculiaridad como modelo basado en la primacía de la drogadicción por vía parenteral y añade otro riesgo: el de la transmisión perinatal.

La distribución de casos de SIDA por segmento de edad y sexo en la Comunidad Económica Europea es como sigue: de 0 a 11 meses, 82 casos, con un porcentaje 0,9; de 1 a 4 años, 84 casos, con un porcentaje 1,0 del total; de 5 a 9 años, 28, 0,3; de 10 a 14 años, 25, 0,3; de 15 a 19 años, 73, 0,8; de 20 a 29 años, 2.419, 27,5; de 30 a 39 años, 3.253, el 36,9; de 40 a 49 años, 1.831, el 20,8 del total; de 50 a 59 años, 689, el 7,8 del total; mayor de 60 años, 284, 3,2 del total; y desconocido, 40 casos, 0,5 del total.

La distribución de casos acumulados por segmentos de edad mantiene las tendencias ya observadas tanto para la CEE como para España. En el conjunto de la CEE el segmento de edad más afectado es el comprendido entre 30 y 39 años, con 3.243 casos acumulados (36,9 por ciento), lo que se relaciona con el mayor peso de los casos ligados al factor de riesgo prácticas homosexuales, de los cuales 3.028 son hombres (93,08 por ciento) y 225 mujeres (6,91 por ciento); es decir, un índice hombre-mujer de 13,45. Sin embargo, en España e Italia el segmento de edad más afectado corresponde a 20-29 años, lo que también se relaciona con el mayor número de casos asociados al factor de riesgo adicción a drogas por vía parenteral. En España, en concreto, en el segmento de edad de 20 a 29 años se han declarado 392 casos acumulados (49,7 por ciento de los que 318 son varones (81,12 por ciento) y 74 mujeres (18,87 por ciento); es decir, un índice hombre-mujer de 4,29.

En los casos pediátricos se incluyen aquellos hasta 15 años de edad. Del total de 219 casos acumulados corresponden a Francia e Italia 156, a 31 de diciembre de 1987. Los casos acumulados de transmisión madre-hijo son 146 (67 por ciento) en la CEE, existiendo relación en 77 de ellos (53 por ciento) con la adicción a drogas por vía parenteral, como factor de riesgo de la madre. De estos últimos el 81 por ciento han sido declarados por Italia, Francia y España, por este orden, representando en estos países respectivamente el 77 por ciento, 50 por ciento y 32 por ciento de los casos pediátricos acumulados. Estas cifras reflejan el hecho de que el factor de riesgo adicción a drogas por vía parenteral comporta una proporción importante de mujeres en el grupo de edad donde la tasa de fecundidad es más elevada.

Los casos acumulados en adultos asociados al factor de

riesgo adicción a drogas por vía parenteral son en la CEE 1.537, representando el 18 por ciento. Italia, España, Francia y la República Federal de Alemania declaran el 96 por ciento de ellos. En concreto, los casos acumulados en adultos asociados a este factor son 407 en España, lo que representan el 53 por ciento.

Este grupo muestra una progresión constante en la región europea de la OMS. En junio de 1985, suponían el 5 por ciento del total acumulado. En junio de 1986, el 10 por ciento, y en diciembre de 1987 el 18 por ciento. Los casos acumulados en adultos asociados al factor de riesgo prácticas homosexuales representan el 60-90 por ciento en 5 países (República Federal de Alemania, Dinamarca, Francia, Holanda y Reino Unido), del (45-59 por ciento en dos países (Grecia y Portugal) y 20-30 por ciento en tres países (Bélgica, España e Italia). En concreto, en España estos casos son 190 y representan 24,9 por ciento.

En todos los países de la CEE se han declarado casos asociados a la vez a ambos factores adicción a drogas por vía parenteral y prácticas homosexuales. Su peso estadístico no aumenta.

Durante la II reunión de la Conferencia Internacional sobre SIDA, celebrada en Washington D. C. del 1 al 5 de junio 1987, los centros para el control de enfermedad en Atlanta, responsables de la vigilancia epidemiológica en USA, recogiendo una amplia opinión basada en los conocimientos acumulados, hicieron una propuesta de ampliar los criterios de caso de SIDA.

Las OMS, tras consultar a los estados miembros, aceptó en septiembre esta propuesta. Los estados miembros de la Comunidad Económica acordaron el 16 de septiembre, durante la reunión del 14 Working Party on AIDS, su aplicación desde el 1 de enero de 1988.

Los objetivos de los nuevos criterios de casos de SIDA son: simplificar la notificación, incrementar la sensibilidad de la definición dando mayor peso a la evidencia de laboratorio de infección por VIH, incluyendo VIH-1 y VIH-2, y ser coherente con la práctica clínica habitual, en la que a veces no es posible llegar a diagnósticos definitivos.

Los principales cambios se refieren a los pacientes en que existe evidencia de infección VIH. Con ello se amplía el número de enfermedades indicativas de SIDA, se acepta en algunas patologías el diagnóstico de presunción y la coexistencia con otras causas de inmunodeficiencia. En los niños menores de 15 meses, hijos de madres seropositivas, se debe descartar que la seropositividad del niño sea debida a la persistencia de anticuerpos pasivos.

La aplicación de los nuevos criterios trae consigo un aumento de número de casos considerados, bajando la mortalidad total en los mismos, también por mero afecto de técnica contable. Esta ganancia de sensibilidad del sistema de declaración puede acompañarse de una pérdida de especificidad no significativa en absoluto de un cambio de la realidad sino de su medida epidemiológica.

En la reunión celebrada en el Centro de colaboración de la OMS para SIDA de París, el 9 y el 10 de noviembre, se elaboró un protocolo mínimo común de declaraciones de casos, para establecer una base de datos europea, com-

prendiendo: a) Nuevas enfermedades indicativas directamente de SIDA siempre que exista evidencia de infección por VIH. Coccidiomicosis diseminada. Dos o más infecciones bacterianas concurrentes en pacientes mayores de 13 años. Tuberculosis extrapulmonar o Micobacteriosis no TBC diseminada por «*Micobacterium avium*» o «*Micobacterium Kansaii*» (dos formas infrecuentes de tuberculosis). Septicemia recurrente por salmonella no typhi.

b) Enfermedades en las que se admite un diagnóstico de presunción de SIDA siempre que exista evidencia de infección por VIH inclusive en caso de análisis de VIH no realizado o con resultado dudoso. Candidiasis esofágica con evidencia de infección por VIH. Neumonía por «*pneumocistis carinii*». Toxoplasmosis cerebral en personas de más de un mes de edad. Retinitis por citomegalovirus con pérdida de visión. Neumonitis intersticial linfoide. Hiperplasia linfoide pulmonar en personas de edad menor de 13 años. Sarcoma de Kaposi.

c) Nuevas enfermedades indicativas directamente de SIDA en las que se admite un diagnóstico de presunción: Encefalopatía por VIH. Síndrome de extrema delgadez por VIH caracterizado por pérdidas del 10 por ciento del peso corporal acompañado de diarreas o fiebre de más de un mes en ausencia de otra enfermedad que justifique los síntomas.

En cuanto a los avances científicos recientes, existen tres campos de investigación: nuevos métodos de diagnóstico y mejora de los actuales, nueva terapéutica y estudios para intentar desarrollar vacunas.

a) La tecnología aplicada al diagnóstico ha mejorado extraordinariamente, tanto por el perfeccionamiento de las técnicas ya aplicadas como por la introducción de otras nuevas, especialmente en lo que se refiere a detección de presencia de componentes virales (antígenos y material genético) en muestras de personas infectadas.

En los métodos ELISA, que son muy sensibles y los más utilizados para la detección de anticuerpos anti VIH en los países desarrollados, han empezado a comercializarse métodos de segunda generación, basados en el uso de antígenos de VIH producidos por ingeniería genética, que mejoran su especificidad. En este tipo de métodos, la aproximación más reciente es el uso de péptidos sintéticos. No obstante, la sensibilidad comparada con respecto a otros aparece todavía en discusión.

Otras nuevas técnicas permiten detectar anticuerpos anti VIH-1 y anti VIH-2 que con una lectura a simple vista, evitan la necesidad de aparataje sofisticado para la lectura y permiten procesar gran número de muestras a la vez. Otras ofrecen buena especificidad sin necesidad de procedimientos costosos de purificación.

En la detección de antígeno viral, también se han ampliado notablemente las posibilidades técnicas en la misma línea de simplificación y abaratamiento. Ello es muy importante para el diagnóstico en el período de ventana, desde el momento de la infección hasta que aparece la respuesta de anticuerpos específicos.

Se puede determinar la presencia del antígeno viral proteína estructural p24 en cultivos celulares infectados o en suero por metodología de ELISA, ya comercializado

en el mundo y en España para investigación aunque todavía no para diagnóstico. La persistencia de la presencia del antígeno p24 después de la aparición de anticuerpos específicos suele ser un síntoma de mal pronóstico. Se han descubierto también avances en la detección de antígenos por microscopía óptica, facilitando con ello el diagnóstico.

El método de la fosfatasa alcalina se ha aplicado recientemente para la detección de linfocitos infectados de sangre periférica. La combinación de análisis por inmunofluorescencia y citometría permite la detección de antígenos de VIH en linfocitos en pacientes con SIDA y complejo relacionado.

Una técnica de microscopía electrónica, puesta a punto en el Instituto de Salud «Carlos III», es una técnica precisa, sensible y rápida (6-7 horas) que permite la detección temprana de la infección antes del momento en que aparecen los anticuerpos específicos. Al poder detectar si existe actividad de replicación viral puede tener valor pronóstico sobre la evolución clínica, cuyo principal campo de aplicación son el seguimiento de casos, incluidos los ensayos terapéuticos o de candidatos a vacuna, así como servir de referencia para la evaluación de métodos de detección de antígeno.

El conocimiento sobre material genético de VIH, y la mejora de las técnicas de hibridación, permite la detección de la presencia del virus en la célula directamente.

Muchas de estas nuevas técnicas no están aún comercializadas, pero lo estarán a lo largo de 1988 y años siguientes. No obstante, puede verse que se va a pasar de dos o tres métodos de diagnóstico basados en la detección de anticuerpos a una decena, que permiten detectar antígenos o la presencia del ácido nucleico del virus en las células infectadas en sólo dos años, cubriendo una amplísima gama de posibilidades de diagnóstico y simplificando y abarantando su aplicación en un gran número de casos.

El desarrollo de terapéutica específica va más rápido que el de una vacuna. El conocimiento del proceso de replicación del virus también aquí es importante.

En este momento, la zidovudina, anteriormente denominada AZT, un nucleósido análogo a la timidina, comercializada bajo el nombre de Retrovir, es una realidad terapéutica, que actúa impidiendo la replicación del virus y cruza al barrera hematoencefálica, aunque tiene efectos secundarios. El beneficio terapéutico es mayor en los casos de complejo relacionado con SIDA que en los casos de SIDA. En este sentido, se ha considerado importante proseguir la investigación de otros nucleósidos análogos a la timidina e impulsar los estudios de zidovudina en combinación con otras drogas, en orden a poder disminuir la dosis y por tanto la toxicidad. Uno de estos estudios es el ensayo multicentro de Europa y Australia, en que se combina con acyclovir, antiherpético que por sí mismo no tiene acción anti retroviral, en el cual participan el Hospital Civil de Basurto, el Hospital Clínico de Barcelona y el Hospital del Rey de Madrid, en la actualidad incluido en el Centro del Instituto de Salud «Carlos III». Otros ensayos clínicos que se están realizando en Es-

paña son los de interferon —A en pacientes afectados de sarcoma de Kaposi y el de ribavirina.

Recientemente ha comenzado en USA un ensayo terapéutico controlado de zidovudina en personas infectadas asintomáticas, en el que se incluyen más de 4.000 personas infectadas, cuya duración prevista es de 3 años.

El retrovir es un medicamento autorizado como especialidad en uso hospitalario. Hasta octubre ha estado sujeto a distribución regulada, en proporción a los casos de SIDA declarados por cada país, como consecuencia de la escasez; ahora se produce por síntesis. El tratamiento anual de un caso ha venido costando 1.126.400 pesetas al Sistema Nacional de Salud. El 15 de diciembre el fabricante anunció una rebaja del 20 por ciento en el precio. Cada paciente consume tres unidades de producto al mes aproximadamente. Las unidades consumidas en el mundo, a 31 de diciembre de 1987, son 130.000, de las cuales 100.000 corresponden a USA y 30.000 a Europa. En España durante la primera fase (distribución regulada) se consumieron 336 unidades, y durante la segunda fase (distribución no regulada) 2.181. El total de unidades consumidas en España, a 15 de enero de 1988, es de 2.928.

Los avances en el campo de la vacuna parten de que para que esta vacuna resulte eficaz debe estimular la formación de anticuerpos por linfocitos B y además los linfocitos T deben ser capaces de atacar y destruir las células infectadas por el virus.

La inmunosupresión inducida por proteínas virales, el polimorfismo del gen de la envuelta del virus son las principales dificultades en el desarrollo de una vacuna.

Los esfuerzos se concentran en las proteínas de envuelta del virus por su capacidad de provocar respuesta inmunológica de anticuerpos neutralizantes y participar en el proceso de unión del virus al receptor linfocito T4 y en la fusión celular.

Por bioseguridad no se consideran diseños que impliquen administrar células infectadas, virus completos, o siquiera que contengan ácidos nucleicos del virus.

Otra dificultad son los animales de experimentación. El chimpancé, especie considerada en peligro de extinción, es el único primate no humano susceptible a la infección; muestra viremia persistente en presencia incluso de altos títulos de anticuerpos y no parece desarrollar síntomas. En USA el número total de chimpancés que se pueden usar en los ensayos con candidatos a vacuna es de 200.

En Europa 20 chimpancés de la colonia que tiene el centro de Rijswijk (Holanda) van a ser financiados por la CEE, a los que habría que sumar los de la Colonia del Centro de Gotinga (República Federal de Alemania). Este exceso número de los mismos disponibles ha hecho sugerir a algunos investigadores la conveniencia de restringir su uso a aquellas vacunas que hayan demostrado previamente un alto grado de eficacia potencial.

El primer ensayo clínico del Dr. Zagury sobre sí mismo y otras 10 personas de Zaire, con una candidata a vacuna recombinante, demostró a los dos meses presencia de anticuerpos específicos, con poder neutralizante frente a la cepa del virus utilizada, pero no frente a otras. Parece que existió también respuesta citotóxica celular.

frente a varias cepas, pero sólo elevada frente a la cepa utilizada. El primer ensayo clínico en USA ha comenzado en septiembre con una candidata a vacuna. Pronto van a comenzar otros ensayos clínicos.

La impresión generalizada, señorías, en la comunidad científica es que el tiempo previsible para superar las dificultades mencionadas no permitirá encontrar un tratamiento efectivo antes de varios años. La consecución de una vacuna se presenta como algo aún más distante.

Los datos actuales sugieren la existencia de tres modelos de desarrollo de síntomas desde el momento de la infección. Su distinta incidencia afecta directamente a las proyecciones de números de casos en el futuro, según el distinto peso estadístico de cada uno.

El primero de ellos se da en personas que se han infectado y que sufren estimulaciones repetidas del sistema inmunitario. Hasta ahora este modelo ha tenido alta incidencia, especialmente en drogodependientes y homosexuales muy promiscuos. Las personas que lo componen han sufrido una aparición más temprana e intensa del síndrome. El segundo modelo afecta a personas que se han infectado con un aporte relativamente masivo de virus por una sola vez, como los casos postransfusionales. Su evolución es de tipo medio. El tercero, de evolución lenta hacia el desarrollo de síntomas, ocurre en personas que se han infectado pero que han tomado desde el principio medidas para no sufrir estimulaciones del sistema inmunitario.

Los datos epidemiológicos disponibles indican que la transmisión heterosexual es menos frecuente de mujer infectada a hombre que a la inversa, excepto en África Negra. Para profundizar en este conocimiento se está llevando a cabo un estudio multicéntrico sobre la transmisión heterosexual del VIH en los Estados miembros de la CEE, en el que participa el Instituto de Salud «Carlos III» y la Unidad de Epidemiología del Programa de Prevención del SIDA de Cataluña, incorporada recientemente al estudio.

En el plano biológico, además de la transmisión virus-célula, que necesita la presencia de linfocitos T4, se ha demostrado la transmisión célula-célula, cuando no existen los receptores T4 o su presencia es muy baja. Esta transmisión es responsable, entre otras, de la infección en sistema nervioso central.

Del genoma del virus de la Inmunodeficiencia Humana se conoce ya la existencia de 9 genes, de los cuales 3 tienen funciones estructurales y el resto funciones reguladoras. Entre los recientes descubrimientos destaca el gen R cuya función parece ser la producción de enfermedad, y el gen X, del que no se conoce todavía. Otros dos genes codifican por proteínas y cumplen funciones reguladoras potentes incluidas en los fenómenos de latencia y persistencia, siendo uno de ellos sensible a la activación por virus ADN como hepatitis B y herpes simplex.

Según el doctor J. Mann, Director del Programa Global de SIDA de la Organización Mundial de la Salud, superada la primera epidemia, la de infección por el virus, y en plena segunda epidemia, la de la aparición de los casos de SIDA, los países industrializados se adentran en la tercera epidemia, la de la reacción económica, política,

social y cultural y de la respuesta al impacto de las otras dos anteriores. Esta tercera fase necesita ser abordada con una estrategia mundial.

Podemos considerar que la primera de ellas ocurrió en España hasta 1983; la segunda de ellas desde 1983 a 1987, abarcando todo el período para cuyo seguimiento el Ministerio de Sanidad y Consumo creó la Comisión Nacional de Trabajo sobre el SIDA en mayo de 1983; la tercera epidemia ocurre desde 1987, frente a la cual se ha implementado el Plan Nacional sobre el SIDA, que comenzó a funcionar en febrero del año pasado.

La estrategia mundial está siendo lanzada desde distintos foros en un esfuerzo coordinado. Prueba de ello es que en la cumbre de Venecia de Jefes de Estado de los siete países industrializados, celebrada en junio de 1987, la ONU a través de su Consejo Económico y Social reunido en Ginebra el 24 de junio y la 42 Asamblea General del pasado octubre; la UNIFEF, la UNESCO y la OCDE se han sumado al esfuerzo de la OMS, en cuyo seno se aprobó, en mayo, en Ginebra, durante la 40 Asamblea Mundial de la Salud, el Programa Global de SIDA. Este es un programa que se configura como de gestión centralizada y constituye uno de los grandes programas de la OMS de ámbito mundial, similar en magnitud al que erradicó la viruela hace diez años.

En la Comunidad Económica Europea además del Grupo de Trabajo de la Dirección General XII (Investigación) de la Comisión, en funcionamiento desde 1983, se ha constituido el grupo «ad hoc» sobre SIDA de 15 de mayo para cooperación con los países en vías de desarrollo signatarios de la convención Lomé III de la Dirección General VIII (Desarrollo). Por otra parte el Comisario Europeo para Asuntos Sociales impulsa la creación de una Unidad de Observación sobre SIDA para toda la comunidad.

En este clima, la polémica entre los grupos del profesor Montagnier y del profesor Gallo puede darse por concluida con el acuerdo de 31 de marzo alcanzado durante la visita del Primer Ministro francés al Presidente de los Estados Unidos, dirigido a constituir una patente doble para los equipos de detección de anticuerpos, que incluiría a ambos grupos científicos, así como dedicar el 80 por ciento de los «royalties» que se generen a una fundación internacional dedicada al SIDA, cuya sede estaría en Estados Unidos. Se elaboró entonces un documento en el que se recogen las contribuciones respectivas de los dos grupos.

Durante la III Conferencia Internacional sobre el SIDA celebrada en Washington, del 1 a 15 de junio, con la asistencia de más de 7.000 científicos, se presentaron los últimos avances en relación a la infección por VIH. En el campo molecular destacaron los trabajos sobre la complejidad del genoma viral, sus especiales mecanismos de regulación de las distintas proteínas y sobre la variabilidad genética del virus.

Durante esta reunión, según lo acordado durante la II Conferencia celebrada en París del 23 al 25 de junio de 1986, se informó de los contactos habidos para constituir la Sociedad Internacional sobre el SIDA, entidad independiente cuyo objetivo sería organizar las conferen-

cias anuales sin sustituir a otras sociedades científicas existentes, y se constituyó su comité directivo, en el que se incluyó al doctor Nájera, Director del Instituto de Salud «Carlos III».

Durante la reunión de Centros de colaboración de la OMS sobre SIDA, celebrada el 6 de junio, se pasó revista a las actividades realizadas por los mismos y a los proyectos hacia el futuro dentro del programa global, discutiéndose el documento sobre «Criterios de Programas de Cribaje de VIH» realizado en la reunión de expertos convocada en Ginebra el 20 y 21 de mayo. En ésta también se discutió la confidencialidad y sus límites.

Para desarrollar criterios de definición y comparación de retrovirus relacionados con VIH, la OMS formó en la reunión del 11 y 12 de febrero celebrada en Ginebra un grupo de expertos. Estos expertos se reunieron el 15-16 de febrero, en Majadahonda-Madrid, y en esa reunión se admitió la existencia de un segundo tipo de virus, el VIH-2, y se elaboró una propuesta de clasificación de los retrovirus humanos en base a las características del gen de la envuelta.

La Conferencia Internacional sobre el SIDA organizada por la Universidad Internacional Menéndez Pelayo y el Instituto de Salud «Carlos III», celebrada en Santander del 6 al 11 de julio, pasó revista a los distintos aspectos del problema, desde los epidemiológicos, preventivos y sociales a los terapéuticos, diagnósticos y de investigación. También en París del 22 al 23 de octubre tuvo lugar una reunión de reflexión sobre el SIDA, con una selecta participación multidisciplinar y repercusión internacional.

El 7 y el 8 de diciembre se celebró en Estocolmo una reunión de expertos auspiciada por el Programa global con objeto de definir criterios para constituir un panel de sueros con el que evaluar los métodos internacionales de laboratorio. A finales de enero, la OMS convocó en Ginebra un encuentro de expertos para analizar la relación entre SIDA y drogadicción endovenosa. En la misma se pidió la aportación de experiencias por parte de Italia y España, para incorporarlas a un estudio internacional sobre este modelo de propagación.

Los pasados días 26, 27 y 28 de enero se celebró en Londres, bajo el patrocinio de la OMS, la primera Cumbre Mundial de Ministros de Salud de todo el mundo. Esta reunión es la primera que se celebra en la historia para tratar monográficamente de la prevención de una sola enfermedad, lo que prueba la importancia que todos los gobiernos conceden a esta pandemia. No fue una reunión técnica sino política, para definir una política de prevención homogénea a escala mundial fundamentada en bases científicas, implicando a los gobiernos y pueblos de todo el mundo. En la declaración final se insistió en que la única forma que existe para enfrentarse a la enfermedad es la información exhaustiva y la educación, que deben ir dirigidas a todos los grupos sociales, con la colaboración de organizaciones no gubernamentales. A efectos de difundir este objetivo se declaró 1988, Año de la Comunicación sobre el SIDA. Otros puntos de las conclusiones se centraron en un compromiso de que todos los go-

biernos pongan a punto programas nacionales para aplicar el Programa global de acuerdo con sus características sociales e institucionales de sus respectivas naciones; un llamamiento para intensificar los esfuerzos multilaterales contra el tráfico ilícito de drogas. Este punto se incluyó a propuesta de España, como enmienda de adición a la declaración final; procurar mayor apoyo a los países en desarrollo; insistir en el rechazo a la discriminación de los enfermos de SIDA y el fomento de la tolerancia. También como propuesta española se subrayó la importancia de la prevención aun después de que existan vacuna o terapéutica eficaces, así como la necesaria incorporación de organizaciones ciudadanas sin ánimo de lucro y de beneficencia, recogidas bajo el término de organizaciones no gubernamentales, a las estrategias nacionales e internacionales.

Como pueden ver SS. SS., nunca una enfermedad había producido una respuesta internacional tan inmediata, masiva y coordinada.

Desde mayo de 1983 funcionó en España la Comisión Nacional de Trabajo sobre el SIDA como grupo de expertos para el asesoramiento técnico. El mejor conocimiento de los distintos aspectos de esta infección, los nuevos recursos aplicados y el traspaso de competencias en materia de salud a las Comunidades Autónomas hicieron aconsejable la coordinación de todos los esfuerzos en un Plan Nacional.

El pasado 15 de febrero de 1987 se presentó a las Comunidades Autónomas la propuesta formalizada del Programa Nacional sobre el SIDA, como informé a SS. SS. el 3 de marzo. A partir de esta propuesta la estructura del Plan Nacional sobre el SIDA quedó configurada del siguiente modo: Un órgano de política general. La Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas sobre el SIDA, creada por acuerdo del Consejo de Ministros, con representación de los Ministerios de Sanidad y Consumo, Justicia, Educación y Ciencia y Defensa, además de las Consejerías de Sanidad de todas las Comunidades Autónomas.

En la misma se ha incluido también a la Organización Médica Colegial, el Instituto de la Juventud, el de la Mujer y próximamente se incorporará la Federación de Comités Ciudadanos Anti-SIDA.

Las funciones del Comité Científico-Técnico se refieren a la promoción de la investigación, la formación continuada de los profesionales, el seguimiento epidemiológico global y en relación con los factores de riesgo, el establecimiento de pautas de seguimiento, la elaboración de protocolos de clasificación de laboratorios (asistenciales y de referencia) y normas de control de calidad. También sirve de consultor científico para todos los facultativos que lo precisen y emite informe de todos los proyectos de investigación que se presenten para recibir financiación de las Comunidades Europeas en materia de SIDA.

El Comité de Programas Preventivos y Asistenciales tiene como objetivo conseguir la homogeneidad de las medidas de prevención propuestas por todas las autoridades sanitarias, diseñar las medidas y recomendaciones para la asistencia a los enfermos diagnosticados de SIDA o de

complejo relacionado, así como de las personas infectadas por el virus no enfermas, impulsar la promoción de comportamientos y actitudes saludables por medio de la información y educación sanitaria y contribuir al conocimiento de los hechos relevantes a través de los estudios específicos necesarios. Los miembros de los Subcomités son propuestos por la Administración Central y por las Comunidades Autónomas. Se han incluido técnicos en diversas disciplinas, procedentes de instituciones públicas y privadas, como son las Sociedades Científicas de Medicina. Desde el primer momento se ha insistido en la imparcialidad, neutralidad política y el respaldo científico de las recomendaciones de estos grupos de trabajo que procuran la colaboración de toda la sociedad. Varias Comunidades Autónomas han elaborado un Plan específico para sus territorios a lo largo de 1987. Se trata de Cataluña, País Vasco y Andalucía.

Actividades informativas del Plan. El Ministerio de Sanidad y Consumo ha realizado tres campañas de información general en televisión y dos a través de folletos. Prácticamente todas las Comunidades Autónomas han realizado campañas propias de diversos tipos con los mensajes coordinados por el Subcomité correspondiente.

Se han concedido subvenciones a organizaciones ciudadanas sin ánimo de lucro y a la Cruz Roja para acciones informativas a colectivos específicos. Se ha coordinado a todos los responsables de educación sanitaria de las Comunidades Autónomas para unificar los mensajes de los teléfonos de información y de otros medios. En cuanto a la asistencia, la prestación de cuidados de salud se provee a las personas infectadas como una prestación más del Sistema Nacional de Salud. En esta prestación se incluye la administración de Zidovudina (AZT), comercializada bajo el nombre de Retrovir, a aquellos pacientes que lo requieran.

La Zidovudina es un medicamento comercializado en España como especialidad de uso hospitalario, por autorización de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de 8 de junio de 1987. Su distribución ha estado sujeta a regulación de acuerdo con la Ley 3/1986, de Medidas Especiales en materia de salud, debido a la escasez de producción mundial, según la circular 19/87 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, administrándose sólo a los casos de SIDA, conforme a los criterios internacionalmente aceptados. A partir de octubre de 1987, una vez aumentada la distribución de Zidovudina, al obtenerse mediante síntesis, se ha ampliado su uso, comenzándose a administrar a los casos relacionados con SIDA. A 10 de noviembre, el número de enfermos a los que se administraba Zidovudina era de 149. Los envases de producto distribuidos en España han sido 336 durante el período de tiempo de distribución regulada, y 2.417 en el total del año 1987, como ya dije antes a sus señorías.

Por último, dentro de estas actuaciones en materia de asistencia, la Comunidad Valenciana, por encargo del Plan, presentó una propuesta de protocolo de seguimiento de SIDA perinatal, que ha sido remitida a los servicios de Pediatría, Neonatología y Tocoginecología de toda

la red del Sistema Nacional de Salud antes de ser convertido en definitivo.

Actividades relacionadas con departamentos ministeriales específicos. Han sido con el Ministerio de Justicia, el curso impartido en 1987 en la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto «Carlos III», para personal médico y personal ATS de Instituciones Penitenciarias, de forma que toda la plantilla de este personal sanitario ha seguido estos cursos de actualización. También se difundió un folleto en prisiones adaptado a las peculiaridades de la población reclusa, especialmente en cuanto a lenguaje directo se refiere. Obviamente me estoy refiriendo a las peculiaridades.

Por el Ministerio de Educación y Ciencia se ha elaborado material informativo para la prevención de la infección por el virus del SIDA en la comunidad escolar y universitaria, recientemente presentado.

Por el Ministerio del Interior se han realizado también folletos para los miembros de los Cuerpos de Seguridad.

En la formación y coordinación de sanitarios, la Organización Médica Colegial, como contribución al Plan, elaboró un manual específico que fue remitido a todos los médicos de España. El Ministerio de Sanidad y Consumo remitió otro volumen a los médicos de atención primaria, complementario del anterior. El Ministerio también difundió entre todos los sanitarios de España una traducción de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para la prevención y control de la enfermedad. Y anualmente se celebra una reunión con responsables de todos los Servicios de Hematología y Hemoterapia y de enfermedades infecciosas, con la aportación de las Sociedades Científicas correspondientes.

El Plan Nacional sobre SIDA se coordina, además, con el Plan Nacional sobre Drogas. La elevada incidencia de adictos por vía parenteral en el número total de enfermos de SIDA, así como las estimaciones sobre número de infectados en ese colectivo, hace imprescindible esa colaboración entre ambos planes.

Esta colaboración ha consistido, siempre de acuerdo con las Comunidades Autónomas, en la formación de profesionales que atienden a drogadictos en aspectos preventivos, de diagnóstico y apoyo psicológico a los adictos por vía parenteral que son positivos. Se ha creado un grupo de trabajo sobre enfermedades infecciosas en toxicómanos que reúne información sobre más de sesenta hospitales.

A través del Plan Nacional sobre Drogas de cada Comunidad Autónoma se hizo llegar a colectivos de drogadictos por vía parenteral todo el material de prevención disponible. La Dirección General de Farmacia dictó una resolución sobre inclusión de una leyenda en los envases de jeringuillas advirtiendo sobre los peligros de la reutilización.

En cuanto a la presencia de España en el mundo científico, hay que tener en cuenta que el Real Decreto 10/88, de 8 de enero, que determina la estructura y organización del Instituto de Salud «Carlos III», prevé la creación de un Centro Nacional de Biología Molecular de la Universidad Autónoma de Madrid y el Instituto de Investigacio-

nes Biológicas del Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

En este nuevo centro se concentrarán las actividades de diagnóstico de laboratorio, confirmación de resultados, evaluación de reactivos, producción de reactivos, formación de personal e investigación siempre en relación con el SIDA.

En el terreno de la investigación, el Instituto ha desarrollado diversos reactivos, remitidos regularmente a otros centros de Latinoamérica en virtud de un convenio con la Organización Panamericana de la Salud, en el marco de V Centenario y puesto a punto un procedimiento de inmunomercado para diagnóstico con oro coloidal y observación de la célula infectada por técnica de microscopio electrónico.

A lo largo de 1987, el Instituto ha participado en todas las reuniones internacionales de carácter científico, como Centro de Colaboración sobre SIDA de la OMS, ya que fue el octavo centro declarado como tal por la Organización Mundial de la Salud en todo el mundo.

El Subcomité de Información e Intervención Preventiva del Comité de Programas Preventivos y Asistenciales se ha reunido cuatro veces y ha tenido reuniones específicas con los responsables de educación sanitaria de todas las Comunidades Autónomas, sobre las características de los mensajes y la gestión del Teléfono de Información sobre el SIDA.

Durante 1988, dicho Comité hará un resumen matricial por Comunidades Autónomas, por vías de transmisión del virus del SIDA y por destinatarios de la información, con objeto de valorar si están cubiertas todas las necesidades de prevención. En materia de información se sentarán las bases de una metodología de evaluación de las campañas de prevención y definirá las características de los centros alternativos para la realización de la prueba. En relación con la transmisión por aguja y jeringuilla, propondrá medidas como leyendas indelebles en jeringas. También elaborará un folleto para viajeros internacionales.

El Subcomité de Organización de la Asistencia Sanitaria y Social se ha reunido cuatro veces. La documentación elaborada que está pendiente de publicación es: recomendaciones generales en relación con la asistencia a pacientes infectados por VIH; recomendaciones para el personal de laboratorio que trabaja con material potencialmente infeccioso; recomendaciones para el personal de anatomía patológica; normas y recomendaciones para el personal que trabaje con animales de experimentación; recomendaciones generales para el cuidado, atención y calendario vacunal de los niños infectados por VIH; recomendaciones para las personas que acuden en demanda de pruebas serológicas para la detección de anticuerpos anti VIH.

Durante 1988 elaborará recomendaciones sobre el manejo de los enfermos renales y pautas de atención médica, incluyendo el consejo médico al infectado por VIH, la confidencialidad y el acceso a los centros alternativos que realicen pruebas de detección de anticuerpos. Redactará también recomendaciones que recojan instrucción normatizada para personas infectadas por VIH y recogerá in-

formación sobre la dimensión económica de este problema de salud.

Por la poca experiencia en el manejo de retrovirus y los peligros potenciales, se considera conveniente que el Comité Científico Técnico emita un informe sobre los proyectos en materia de retrovirus o SIDA que reciban financiación del Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social, Plan Nacional de Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico y otros órganos públicos.

Durante 1988 el Subcomité de Documentación, Investigación y Docencia suplementará la información científica y técnica a la que tienen acceso los profesionales, elaborará criterios de acreditación de centros o unidades de referencia y pautas de actuación.

El Subcomité de Epidemiología, de acuerdo con el protocolo de notificación individualizada de casos de SIDA según los nuevos criterios internacionales aceptados, operativos a partir de 1.º de enero de 1988, adaptará el circuito actual de notificación; tratará de conocer trimestralmente la información epidemiológica ligada a la donación de sangre y realizará una base de datos sobre la exposición al VIH por accidente.

Como conclusiones, señorías, se puede decir que las formas de transmisión y, por tanto, las de prevención de la infección, siguen siendo las que todos conocemos. Sin embargo, ha habido a lo largo de 1987 grandes avances en el terreno científico y del conocimiento del virus, así como en la aplicación de las ciencias sociales a este problema. A pesar de ello, la pandemia del SIDA constituye, y lo seguirá haciendo durante los próximos años, una gran amenaza sanitaria, social y económica. La suavización de las tendencias de las proyecciones y las mejoras terapéuticas no deben inducir a relajar las precauciones. De acuerdo con el Programa Global contra el SIDA, la información y la educación sanitaria deben llegar a toda la población de manera fluida y continua.

En esta información se debe prevenir todo tipo de discriminación o marginación de los afectados. Conviene además que no proceda exclusivamente de las autoridades sanitarias, sino también de organizaciones privadas de todo tipo: docentes, sanitarias, juveniles, políticas, etcétera, implicando a la sociedad entera.

En nuestro país, la lucha contra la enfermedad se encuentra con una dificultad añadida, que es la fuerte incidencia de la misma en drogodependientes por vía parenteral, grupo con una subcultura propia y de difícil penetración. La colaboración de la sociedad civil en este terreno, ya sea como comités ciudadanos anti-SIDA o en cualquier otra forma, ha de ser enfatizada y recomendada una vez más. Los servicios que se prestan a drogadictos por vía parenteral deben incrementar su profesionalización, dirigiéndose a extender las medidas preventivas contra la infección o el desarrollo de la enfermedad en los infectados. Por todo ello, los actuales servicios ambulatorios o de internamiento deben darse a conocer más intensamente que hasta ahora.

En la actualidad, una vez conseguido que el sistema sanitario haga frente con mayor eficacia a los enfermos declarados, la dificultad más grande de la política respecto

a esta enfermedad se centra en la insuficiencia de las redes de asistencia social para dar apoyo psicológico a los infectados y medios a los grupos más marginados para reincorporarse a la sociedad.

Todos tenemos que compartir, señorías, el reto y la responsabilidad de imponer la tolerancia, la solidaridad y la racionalidad en torno a esta enfermedad.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Ministro.

A petición de algún Grupo Parlamentario vamos a suspender la sesión durante diez minutos, a fin de que puedan ustedes elaborar sus intervenciones posteriores.

Por lo tanto, se suspende la sesión hasta las doce menos veinticinco.

Se reanuda la sesión.

El señor **PRESIDENTE**: Se inicia el trámite de intervención para comentar, hacer observaciones o preguntas sobre la intervención del señor Ministro.

¿Grupos Parlamentarios que quieren hacer uso de la palabra? (**Pausa**.)

Por el Grupo Parlamentario de Coalición Popular tiene la palabra el señor Mena-Bernal.

El señor **MENA-BERNAL ROMERO**: En primer lugar, mi más sincero agradecimiento al señor Ministro por el informe que nos ha dado que, a mi juicio, quizá profesional, es bastante completo y del que se desprende si no una tendencia al optimismo, sí por lo menos una tendencia a un menor pesimismo, eso es claro, aun cuando desgraciadamente el problema del SIDA es endémico, como ya se admite prácticamente en todas partes, y va a darnos muchos quebraderos de cabeza y muchos problemas.

En una primera lectura del informe, da la impresión de que parece controlado todo lo que se puede controlar, si bien yo requeriría una mayor cantidad de tiempo para profundizar más en cada uno de los apartados que trata y hacer una reflexión que pudiera ser un aporte más positivo al informe que nos ha dado el señor Ministro.

Vuelvo a incidir una vez más (en el «Diario de Sesiones» debe constar que cada vez que se ha tratado este tema en la Comisión así lo he expresado) en la intención de mi Grupo de no politizar este tema en absoluto, puesto que trasciende totalmente los límites del partidismo y de la política, en el sentido partidista que la política tiene, si bien es cierto que hay que realizar una política sanitaria adecuada y adherirse de forma integral a lo que se está haciendo en el mundo, así como mejorar lo que se está haciendo en España.

Me gustaría preguntarle al señor Ministro, respecto a esta última reunión celebrada en Londres de los Ministros de Salud de todo el mundo, si se ha producido la detección de algún posible nuevo grupo de riesgo de la enfermedad o la tendencia a la aparición de ese nuevo grupo de riesgo.

Me ha llamado poderosamente la atención el hallazgo

que nos ha señalado de la microscopía electrónica en la detección y el estudio del virus del Instituto «Carlos III». ¿Qué resultados se han obtenido al respecto? ¿Se ha podido estudiar en muchos casos? ¿En qué grupos de riesgo se ha podido ver con más o menos definición? ¿Tiene alguna relación el grupo de riesgo con la detección diagnóstica de la microscopía electrónica?

También me gustaría saber —si el señor Ministro dispone del dato y si no ya lo aportará— cuál es el resultado de la Zidovudina, es decir, del Retrovir, porque parece, según se demuestra de lo que se puede leer a nivel mundial y científico, que esta medicación abre una cierta esperanza. Y, sobre todo, y en lo que nos atañe a nosotros, quisiera que me dijera en qué grupo de riesgo puede incidir más, si bien sabemos perfectamente que el mayor de nuestro país es el de la drogadicción. Quisiera que me dijera si en este grupo concretamente se ha podido comprobar el resultado del Retrovir.

El representante de Izquierda Unida-Esquerri Catalana me ha pasado unas propuestas que creo que va a presentar Minoría Catalana. Yo estoy completamente de acuerdo con ellas porque estimo que son positivas y todo lo positivo, provenga de quien provenga, nuestro Grupo lo va a apoyar. Ya las oírás después el señor Ministro. Yo no estoy documentado para defenderlas, sólo para hacer el apoyo a las mismas.

¿Se ha visto algún cambio en las cárceles después de los cursos impartidos a los profesionales y a los empleados de las cárceles? Desde que se han tenido los contactos con el Plan Nacional de Drogas, sobre todo a través de las Comunidades Autónomas, según se desprende el informe del señor Ministro, ¿ha habido algún cambio con relación al número de pacientes o a los resultados obtenidos al respecto?

Evidentemente, estamos de acuerdo con las conclusiones a las que llega en su informe y queremos preguntarle cuándo se va a poner en práctica todas las recomendaciones que hace en la página 35 del mismo, que yo creo que son de suma importancia para un mejor conocimiento y una mayor divulgación de la enfermedad. Seguimos insistiendo —y lo hemos dicho en varias ocasiones en Comisión y en Pleno— en que hasta ahora, a nuestro modo de ver, ésta es la única manera de vacunación o de prevención que existe en el mundo actualmente.

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

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Agradecemos al señor Ministro su presencia y la información que nos ha dado en relación con el tratamiento que está teniendo por parte de las autoridades sanitarias este problema del SIDA y también la información acerca de la última reunión en Londres.

Efectivamente, hemos recibido una información extensa, amplia, profunda, yo diría que fundamentalmente técnica y en ese sentido me permitiría hacer una sugerencia y es que, probablemente, cara al futuro, lo mejor sería recibir este tipo de informaciones unos días antes para que,

después, la reunión de la Comisión fuera una reunión de trabajo destinada a armonizar concretamente en este tema y a buscar la mayor coordinación desde el punto de vista político. El señor Ministro ha calificado a la reunión de Londres precisamente de política y no tanto de técnica. Este es un poco el criterio o la orientación que yo quiero dar a mis palabras y sugerir para nuestro trabajo en este tema del SIDA.

Creo que todos los grupos políticos estamos de acuerdo —se ha reiterado muchas veces— en que nos planteemos la lucha, porque de una lucha se trata, contra esta enfermedad como algo que debe sobrepasar los aspectos partidistas y, superándolos, buscar la mayor eficacia, con el fin de beneficiar del modo más intenso a nuestro conciudadanos.

Me parece que es importante que el señor Ministro haya expresado su rechazo a todo tipo de discriminación en el manejo de esta enfermedad, porque está claro que es posible luchar contra ella sin comprometer los derechos del hombre y, sobre todo, porque, además, la discriminación, justamente por la forma peculiar en como la enfermedad se propaga, se convierte en un peligro para la salud. Es decir, no solamente hay razones de tipo moral, de tipo social, de tipo ético para oponerse a la discriminación, sino que además hay razones técnico-sanitarias, independientemente de que se elimine la discriminación con la campaña de prevención y de educación, que debe de ir dirigida en primer lugar y fundamentalmente a informar y a educar a las personas que ya se encuentran infectadas y que lo saben. Recibimos, por tanto, con satisfacción esta declaración del señor Ministro, a la cual nos unimos con todo entusiasmo.

Realmente nos planteamos si se han hecho encuestas en la población española para conocer a fondo cuál es la situación, porque después del tiempo transcurrido y después de alguna campaña de educación sanitaria yo tengo la impresión de que todavía no sabemos qué tanto por ciento de españoles ha oído hablar del SIDA, qué tanto por ciento de españoles ha leído sobre el SIDA, qué tanto por ciento de españoles conoce los riesgos de contagio, qué tanto por ciento de españoles conoce las consecuencias de la enfermedad y, así, tantas otras cosas que pueden servir de base para orientar de modo más eficaz y mejor dirigida cualquier acción en relación con esta enfermedad.

Creemos que es necesario intensificar, un poco siguiendo el ejemplo de la OMS a nivel internacional y que el Ministro conoce tan bien, la coordinación entre las Comunidades Autónomas. Todo esfuerzo que se haga en este sentido nos parece que puede ser enormemente rentable y sobre todo económico. Es decir, que puede ahorrar dinero. Toda acción desviada o excesivamente autárquica puede contribuir, primero, a no obtener beneficios rápidos y, segundo, a gastar dinero inútilmente.

Una sugerencia es que, debido a la prolongación de las estancias hospitalarias, producto fundamentalmente de un diagnóstico más precoz, porque no disponemos todavía de tratamientos plenamente eficaces, es necesario considerar la posibilidad de introducir la hospitalización a

domicilio que es mucho más barata y, además, en ocasiones permite un tratamiento más humanizado. No es ningún descubrimiento, está suficientemente experimentada en el mundo, incluso en nuestro país hay antecedentes, y eso puede permitir obtener beneficios materiales y humanos.

Es importante a nuestro juicio, y ya lo dijimos el año pasado en la primera comparecencia del señor Ministro, la asistencia material, sobre todo al enfermo. El enfermo no debe de sentirse abandonado por la sociedad porque, aparte de que no es —digamos— soportable desde el punto de vista ético y moral, aumenta la peligrosidad de ese enfermo en la medida en que no se incrementa su sentido de responsabilidad respecto al resto de los ciudadanos. Creemos que es necesario insistir aquí, entre otras cosas porque el gasto que se haga en atender materialmente a los enfermos se ahorrará con creces en el número de personas que no serán infectadas y, por lo tanto, no se convertirán en enfermos.

En cuanto a lo que decíamos respecto a la falta de datos, seguimos pensando que esto sucede en cuanto a la situación real en las cárceles españolas. El señor Ministro no se ha referido para nada a ello. Yo no sé si los centros penitenciarios son un feudo del Ministerio de Justicia, en el cual la penetración de las autoridades sanitarias se hace más difícil, pero creemos que es muy importante incluirlo en las previsiones y actuaciones del Plan Nacional contra el SIDA, rompiendo cualquier barrera de tipo administrativo o de cualquier otra índole que pueda existir. Estas son nuestras consideraciones y nuestras sugerencias.

Por último, quiero agradecer de nuevo al señor Ministro su amplia información, que si antes hemos señalado que era fundamentalmente técnica, no por eso queremos decir ahora al final, la consideramos menos interesante, habida cuenta de cómo se plantea la lucha contra esta enfermedad.

El señor **PRESIDENTE**: Por la Agrupación de Diputados del PDP tiene la palabra el señor Salarrullana.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Yo también quiero agradecer al señor Ministro este informe tan interesante que nos ha dado. Como yo no tengo una capacidad muy rápida para digerir todos los datos que nos ha proporcionado, le aseguro al señor Ministro que seguramente, a raíz del estudio minucioso de este informe, a mí y a los demás Diputados de mi Grupo nos sugerirá otras preguntas o petición de datos. Sin embargo, sí he podido ver como dos partes en este informe. En la primera, el tratamiento que se ha dado hasta ahora en tres vertientes y, en la segunda, las preocupaciones que a mí me quedan después de oírlo y leerlo.

Las tres vertientes que me ha parecido que están más contempladas en este informe son: primera, el conocimiento estadístico y la puesta al día con los organismos internacionales, que creo que es absolutamente correcta. Segunda, la que trata de la asistencia sanitaria a los enfermos del SIDA, que en general parece que están siendo

un tratamiento y una asistencia aceptables en España, aunque se están produciendo problemas entre el personal sanitario y no sanitario de los hospitales, que hay que contemplarlo; problemas con otros enfermos; y, sobre todo, una previsión de gasto que el Ministerio tiene que ir haciendo continuamente, puesto que cuantas más esperanzas hay de que se les alargue la vida más necesidades va a haber desde el punto de vista de asistencia sanitaria. Por último, la tercera vertiente que he visto es la prevención. Aquí está verdaderamente el problema, puesto que mientras no haya una vacuna absolutamente eficaz va a seguir aumentando el número de enfermos del SIDA. Ya hemos visto que por parte del Ministerio de Sanidad se han hecho campañas de información; hoy mismo nos han repartido también una para los profesores de las escuelas. Yo creo que todo eso está bien, pero no sé si es suficiente. Yo no sé —por lo menos no tenemos documentación sobre ello— si se ha hecho, como en otros países, una campaña tremenda para todos los estomatólogos, peluqueros, manicuras, etcétera, todos los que por su profesión, pueden estar en relación con instrumentos cortantes que se usan de unos clientes a otros.

En cuanto a la prevención, hay también tres apartados muy claramente señalados en el informe, que son: los hemofílicos, que dice el señor Ministro en su informe que ha mejorado y efectivamente, por el control de los hemoderivados que ha habido, que ha sido mucho mejor, pero desgraciadamente también porque han muerto muchos de ellos; los homosexuales, con la campaña de sensibilización que se ha hecho para la utilización de preservativos, que creo que es la única que se puede hacer con este grupo de riesgo; y siempre tropezamos en la deficiencia del último grupo, el más difícil, que es el de los drogadictos por vía intravenosa. Porque, como dice muy bien el informe, son los de más difícil control, los que se prestan menos a tener acceso a todas estas cosas, ya que en un momento dado, sin premeditación alguna, se intercambian las jeringuillas. En este grupo de los drogadictos, que es el más peligroso, porque es donde está aumentando continuamente el riesgo, es donde debería haber una gran colaboración interministerial. Yo creo que —como decía también el representante del CDS— el Ministerio de Justicia no puede ser un coto cerrado y tiene que estar en plena colaboración. Me gustaría saber también cómo va el reparto de jeringuillas desechables y si se ha hecho de verdad dentro de los centros penitenciarios, como se dijo una vez en esta Comisión.

Voy a terminar exponiendo las tres preocupaciones que me quedan, todas ellas relacionadas con el ser humano. La primera es: ¿qué grado de nivel de vida es el que tiene un enfermo de SIDA al que se le van alargando los días, meses o años de su vida? ¿Qué tipo de esperanzas se le da? Pregunto esto porque hace poco he visitado a unos enfermos de SIDA y me ha impresionado, ya que es la única vez en mi vida que he visto a un enfermo que quiere morir. En segundo lugar, también me preocupa mucho el estado de aceptación y rechazo no sólo de la sociedad en general —que la sociedad en general es un ente un poco abstracto y es difícil de calibrar—, sino de los sitios don-

de verdaderamente ese enfermo tiene más incidencia. Hemos asistido a rechazos en centros escolares y estamos asistiendo, desgraciadamente, a rechazos dentro de las propias familias. Por eso, lo que decía Carlos Revilla sobre la hospitalización y la asistencia en domicilio me parecería perfecto, pero en estos momentos lo veo como una utopía, porque son las propias familias las que están rechazando a los enfermos. Y también el propio rechazo de ellos mismos por la actitud de la sociedad con ellos. Y la tercera preocupación es la misma que he dicho al acabar cada uno de los tres apartados que he expuesto: el aumento constante de los drogadictos intravenosos, que son los que verdaderamente van a hacer que el índice de enfermedades aumente continuamente en nuestro país.

Por lo demás, señor Ministro, al extenso informe que hoy nos ha presentado seguramente nos sugerirá alguna otra pregunta.

El señor **PRESIDENTE**: Por un error de la Presidencia, no le había dado previamente la palabra al señor Hinojosa, por el Grupo de Minoría Catalana. Le ruego que me excuse. Tiene la palabra, señor Hinojosa.

El señor **HINOJOSA I LUCENA**: No hay ningún problema, señor Presidente, no tiene por qué excusarse. Siempre es bueno escuchar a Pilar, pues, si antes o después, es un placer oírle en sus intervenciones.

Muchas gracias, señor Ministro, por su presencia aquí hoy y por la información que nos ha trasladado. A mí éste me parece un informe, como ya es habitual en usted, bien estructurado, bien documentado y que, en definitiva, en este caso creo que responde realmente a un buen plan de lucha contra la droga bien llevado y bien realizado en el país. En su informe, en toda la problemática de esta tremenda enfermedad, se pone el acento en la información, en la formación y en la publicidad, es decir, en la prevención. Es evidente que una enfermedad de este calibre sólo puede ser de alguna manera neutralizada informando a las comunidades más propicias de riesgo, formando al personal que tiene que curar y tratar a los enfermos, y haciendo una publicidad global para toda la sociedad, de manera que se sensibilice y se documente contra la enfermedad citada. Pero todo ello, señor Ministro, y esto es lo que encuentro a faltar en su informe, es dinero; en definitiva, todo ello significa aportación del Presupuesto General del Estado, porque si no no hay posibilidad ni de formar ni de informar ni de hacer publicidad. Y, en este terreno, todos conocemos que el año pasado hubo un capítulo, creo recordar —cito de memoria—, de 950 millones de pesetas para la lucha contra el SIDA. Yo no sé si esto es suficiente o es insuficiente y me gustaría oír al Ministro en este sentido. Y hablando de dinero, también tendríamos que hablar de que, tal como el Ministro cita en su informe —página 31—, hay comunidades que tienen sus propios planes, coordinados naturalmente con el plan nacional de lucha contra el SIDA, que me consta que no han recibido ningún dinero, es decir, no han recibido nada para pagar los presupuestos de publicidad, formación e información que las comunidades han ido realizando.

También me gustaría conocer el criterio del Ministro sobre si en este terreno va a haber o no colaboración económica con las comunidades autónomas. Nada más, señor Ministro. Esta es mi intervención.

Ahora yo debería hacer una intervención en representación de don Ramón Espasa. Quisiera saber si puedo hacerla en este momento o más tarde, si procede o no procede. Esta es la pregunta que le hago a la Presidencia.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Hinojosa, yo creo que es el momento de hacerlo, y, según tengo entendido, se me permite, en el momento que exprese la proposición del señor Espasa, que yo le pueda puntualizar algún aspecto.

El señor **HINOJOSA I LUCENA**: Bien. El señor Espasa me encomienda que haga las siguientes cuatro reflexiones o peticiones a esta Comisión. Primero, creación de un órgano de apoyo político, con un representante de cada uno de los Grupos Parlamentarios y Agrupaciones de Diputados, para seguimiento del plan, supongo. Segundo, asegurar y aumentar la vigilancia para que la detección, diagnóstico y trato de infección SIDA no genere ningún tipo de discriminación laboral, social, cultural, etcétera. Sólo pueden ser admitidas medidas de control y vigilancia debidamente contrastadas y debidamente consensuadas por la comunidad científica internacional. Me excuso de no entender muy bien la letra del señor Espasa, pero creo que con la ayuda de Pilar lo vamos haciendo bien.

Tercera cuestión, acelerar la publicación de toda la documentación enumerada en la página 35 del informe del señor Ministro de Sanidad.

Por último, mantenimiento de un acuerdo político entre todas las fuerzas políticas, basado en los datos contrastados y consensuados por la comunidad científica internacional, para evitar la utilización partidaria de los datos, problemas y consecuencias de la enfermedad. Hasta aquí la intervención de don Ramón Espasa.

El señor **PRESIDENTE**: Bien, señor Hinojosa, esto, que viene en fórmula de propuesta, no tiene trámite reglamentario en la comparecencia del señor Ministro, ya que ésta se desarrolla según el artículo 203, en donde, como consecuencia de la comparecencia, no hay propuestas que puedan ser sometidas a votación. Por tanto, hemos conocido la intención del señor Espasa, y lo único que podemos decir, a efectos del acta de la reunión, es que tiene toda la posibilidad reglamentaria de presentarlas en forma de proposiciones no de ley o cualquiera de las fórmulas que permite el Reglamento.

El señor **HINOJOSA I LUCENA**: Muchas gracias, señor Presidente; supongo que el señor Espasa no quería más que esto.

El señor **PRESIDENTE**: Por la Agrupación de Diputados del Partido Liberal tiene la palabra el señor Botella.

El señor **BOTELLA CRESPO**: Señor Ministro, lo pri-

mero quiero dar la enhorabuena a usted y a todo su equipo por el informe técnico que nos presentan. Pero me ha dado la sensación durante todo el tiempo de que a lo que estábamos asistiendo no era a una comparecencia del Ministerio, sino más bien a una rueda de prensa con presencia parlamentaria. Creo que no debe usarse este método de entregar un documento para ser leído aunque se pierdan las páginas, que es independiente —sin tener tiempo...

El señor **PRESIDENTE**: Señor Botella, la intervención del señor Ministro se ajusta exactamente a lo previsto en el Reglamento; por tanto, ha cumplido con lo previsto por la Cámara.

El señor **BOTELLA CRESPO**: Entonces, señor Presidente, estoy equivocado; usted perdone.

Yo creo que después de todo lo científico quedan todavía bastantes temas pendientes, temas que aquí se han tratado al principio cuando empezamos a hablar del SIDA con este Ministerio. Al final llegamos a la conclusión de que estamos ante una enfermedad sobre la que estamos haciendo lo que hace todo el mundo, y que además de momento no sabemos cómo combatirla, puesto que va a seguir creciendo.

Sin embargo, quiero saber qué ha pasado con determinados puntos, como por ejemplo los «kits» diagnósticos. El señor Ministro de repente nos dice que ya hay otros «kits» que van a ser mejores o de mayor fiabilidad que los que hasta el momento actual hay. No hace mucho yo hice una proposición no de ley en esta Comisión para que no salieran a concurso los «kits» diagnósticos que tenían que usarse dentro del Sistema Nacional de Salud, puesto que eran unos diagnósticos cambiantes, y que en breve espacio de tiempo iban a verlos. Pues bien, ya están adjudicados, ya se usa un determinado «kit», y ahora nos anuncian que va a haber otros. ¿Qué va a pasar con los antiguos? ¿Se van a sustituir por el mismo precio, van a ser rechazados o vamos a seguir consumiéndolos aunque haya otros mejores? Es un tema que creo que podríamos tratar.

¿Qué ha pasado con los hemofílicos? Parece que, efectivamente, ahora ya hay un control que por lo visto antes también existía pero que no era tan exhaustivo; parece ser que la cifra de mortandad disminuye en los hemofílicos. Pero el señor Ministro nos ha empezado a hablar de extensión a edades de dos, seis, ocho años, hasta sesenta y cinco años, y además sin previamente tener infección por el SIDA. Estos señores, que están protegidos por la sociedad porque no son enfermos, sino simplemente tienen una anomalía, resulta que se convierten en enfermos por el propio sistema o por la propia desaprobación o lentitud de una corrección de los propios productos que estos señores usan para su subsistencia. ¿Qué responsabilidad política puede existir aquí con los hemofílicos? Yo creo que se han puesto los medios en el momento actual, pero qué pasa con estos casos anteriores.

No sabemos, efectivamente, qué pasa con los presos, pero tampoco sabemos qué es lo que está pasando en las

cárceles. Creo que hace dos años —y esto me gustaría saberlo porque he hecho una pregunta por escrito que no se me ha contestado todavía— se hicieron en los cuarteles unos diagnósticos exhaustivos a todo un reemplazo. Sin embargo, no hemos conocido los resultados que se han sacado si es cierto, porque todavía no puedo ni asegurar siquiera si es cierto que se hizo así.

Desde luego, lo que sí existe en toda Europa ahora es la recomendación de ver la posibilidad de que sea una enfermedad de declaración obligatoria. Así lo indica la documentación que nos ha dado el señor Ministro en un librito rojo que está copiado de Europa; y lo que nosotros queremos saber es en qué fecha se va a hacer declaración obligatoria esta enfermedad. Por supuesto, declaración obligatoria con la confidencialidad del nombre de la persona, tema que el Ministerio está llevando extraordinariamente bien.

Tampoco creo que se aborda un tema que está en la calle y que además el señor Ministro no lo ha mencionado: hay infección perinatal en mujeres portadoras. ¿Entrarían dentro de algún supuesto de interrupción del embarazo todos estos niños que ya sabemos que están infectados, y en cuál de estos supuestos entraría, o habría que ampliar estos supuestos para estos casos específicos? Porque malformaciones indudablemente no van a tener; simplemente van a salir infectados.

Todos éstos son temas que creemos que no se tocan en el informe, porque se ha ido al aspecto técnico; pero hay un aspecto social y político que creo que es lo que hay que tratar para ayudar al propio Gobierno.

También ha dicho el señor Ministro que hay un cinco por ciento de casos que no han sido catalogados. Me preocupa que haya este cinco por ciento de casos no catalogados y que haya, sin embargo, unas aseveraciones de que en tales y tales casos es imposible la trasmisión, cuando tenemos un cinco por ciento que no sabemos de qué va.

En cuanto a los portadores, ya no se hace referencia a esa palabra porque se ha debido sustituir. Desde 1982 y 1983, que es cuando empiezan ya las primeras Comisiones, me gustaría saber cuántos de aquellos portadores sanos ya son portadores enfermos, o cuántos de aquellos portadores sanos, si es que están etiquetados, han muerto.

Hay un tema o dos que nos intrigan mucho. Ya tenemos un cierto número de ciudadanos españoles que están infectados, y además se les ha comunicado. Existe una figura penal, que es la malicia, que es cuando una persona, sabiendo que está afectada, sigue contaminando. ¿Qué es lo que va a hacer el Ministerio, me imagino que en colaboración con el Ministerio de Justicia, al respecto? Porque si bien es cierto que a estos enfermos no se les puede separar de la sociedad, también es cierto que la sociedad debe prevenirse contra estos enfermos. ¿Hay algo preparado entre el Ministerio de Sanidad y el de Justicia para que esto que está contemplado en la ley, precisamente en enfermedades contagiosas, se desarrolle o se lleve a cabo?

En intervenciones mías anteriores también hablábamos de que podía en un momento determinado considerarse como enfermedad profesional. Hoy, en el informe del Ministro veo algún atisbo de que ya en todos aquellos

sanitarios que están en contacto podría buscarse el agente o la causa, por si pudiera ser enfermedad profesional.

Como ve, señor Ministro, hay muchas preguntas que siguen siendo las mismas que cuando hizo la primera comparecencia con el SIDA. Sigo valorando muy positivamente el esfuerzo que todo su gabinete está haciendo en este tema, y, desde luego, le doy la enhorabuena por adaptarnos a Europa, y así perderíamos un poco de nuestra propia responsabilidad frente a la enfermedad, pero no nuestra responsabilidad política respecto a toda la prevención que en un futuro puede hacerse. Muchas gracias, señor Ministro.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Botella. Por el Grupo Socialista tiene la palabra el señor Correas.

El señor **CORREAS PARRALEJO**: En primer lugar, quiero agradecer al señor Ministro la información facilitada esta mañana en una práctica que ya va siendo habitual en la mayoría de los Parlamentos de nuestro entorno, es decir, la periodicidad en las informaciones acerca de la evolución de esta enfermedad que hoy nos tiene aquí convocados. Agradecemos, por tanto, al señor Ministro su comparecencia a petición propia, y creemos que es bueno seguir en esta línea.

En segundo lugar, querría aprovechar este turno para felicitar al señor Ministro y a toda la delegación española por el brillante papel que han realizado en la cumbre de Londres el pasado mes de enero y, en particular, por su acertada aportación al conseguir incluir en la declaración final una enmienda de adición, a través de la cual se ha conseguido el reconocimiento internacional de la importancia que tiene el consumo y el tráfico ilegal de drogas en el control y seguimiento del SIDA.

Compartimos con el señor Ministro la actitud de preocupación por el tema. Vemos con esperanza cómo algunos datos, como el tiempo de doblaje del número de casos y el número de fallecimientos, son cada vez menos escalofrantes y apoyamos sin reserva la totalidad de los puntos de la declaración final de Londres.

Sin embargo, después de haber escuchado con atención la intervención del señor Ministro se me ocurre hacerle las siguientes preguntas concretas: Señor Ministro, a la vista de los datos que posee y de acuerdo con los nuevos criterios que ha expuesto esta mañana ¿qué número, aproximado, de casos son previsibles para finales de 1988 en nuestro país? En segundo lugar, ¿qué diferencias existen en la actualidad entre España y el resto de la Europa comunitaria en cuanto al número de hemofílicos afectados y a qué cree usted que son debidas estas diferencias?

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

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Vargas): Ante todo, quiero agradecer a todos los grupos parlamentarios el tono que han empleado en sus pre-

guntas, que ha sido sumamente amable y ha sido una oferta de colaboración absoluta.

Comenzando por las consideraciones que ha hecho el Diputado señor Mena, yo quiero insistir en que, con relación a la enfermedad, no hay nada en el mundo que pueda parecerse al optimismo. La única diferencia, con relación al comienzo de 1987, es que las cifras de previsiones, de proyecciones hacia el futuro, en cuanto al número de enfermos o de infectados en lo que se refiere a posibilidades de tratamientos, de terapéutica, en lo que se refiere también al conocimiento científico del agente causal de la enfermedad se ha avanzado tanto en estos terrenos que se atisba un ligerísimo brillo de esperanza, pero sin salir, en absoluto, del pesimismo. Ninguna delegación en la Conferencia de Londres fue mínimamente optimista. Lo que ocurrió es que se ha sido algo menos pesimista que en el año anterior.

La enfermedad no está controlada. Hasta que no exista una terapéutica eficaz o un procedimiento de vacuna no podemos decir que la tenemos bajo control. Nos estamos enfrentando a algo que es menos desconocido que hace unos meses, pero en gran medida sigue siendo objeto de investigación porque no se sabe cuáles son sus mecanismos de comportamiento, tanto en la transmisión como en la respuesta del organismo a la agresión viral.

En estos últimos meses —contesto a la primera pregunta del doctor Mena— no ha habido ninguna aparición de grupo de riesgo nuevo. Se está hablando en los mismos términos que hace tiempo sobre los mismos grupos y prácticas de riesgo, y, sobre los mismos mecanismos de transmisión y de prevención. Precisamente en los últimos meses lo que se está haciendo es poner énfasis en esos mecanismos de prevención con objeto de que todo el mundo los adopte, porque hay un cierto convencimiento en todos los países del mundo en que, además de ser eficaces, son los únicos que existen.

Hay sólo una pequeña novedad, que ya se preveía el año pasado, y es el número de personas contagiadas, infectadas que desarrollan la enfermedad que proceden del grupo de heterosexuales. Sobre esto hay mucha discusión en todo el mundo, porque, como insiste de una manera continua el Plan Nacional Contra el SIDA en Estados Unidos, sobre los comportamientos íntimos de las personas nunca se puede estar seguro. En cualquier caso, son un porcentaje bastante pequeño. En Estados Unidos no llega al 5 por ciento, y es el lugar donde se ha producido, dentro del mundo occidental, una aparición de casos correspondientes a este grupo.

Sí se está poniendo énfasis en la transmisión heterosexual en Africa, que se conoce de sobra. Ya se conocía el año pasado. Por eso se habla de un modelo distinto de Africa central y de Africa del este y del sur.

Luego hay un grupo que está aumentando, que es el de las personas afectadas por el SIDA pediátrico, que son básicamente hijos de madres infectadas por el virus, que está aumentando de manera continua poco a poco en todo el mundo, especialmente en el sur de Europa, donde el número de drogodependientes es mayor. Pero esto no son novedades con relación a lo que ya sabíamos.

Me preguntaba el señor Mena sobre el método de inmunomarcado del Carlos III. En este terreno se han producido unos avances que son sumamente positivos a lo largo del año, porque decíamos en marzo de 1987 que el riesgo fundamental que había para poder detectar la enfermedad era ese período ventana, de silencio del virus que impedía que se pudiera diagnosticar y que se pudieran poner medios terapéuticos para controlar el desarrollo de la enfermedad.

Sobre esto se han producido algunas novedades a lo largo de 1987. Si bien el año pasado hablábamos de dos o tres meses como mucho, ahora Montañé está hablando de seis meses e incluso en algunos casos se ha llegado a insinuar que el período silente podría llegar a un año. Esto es grave, porque la persona que se somete a la prueba de detección de anticuerpos puede recibir un diagnóstico falso, negativo, e inducir al mantenimiento de su comportamiento y, por tanto, es un riesgo para el conjunto de la población. Por eso es importante que se estén desarrollando y a punto de comercializarse métodos de diagnóstico basados en la presencia del antígeno del virus.

Sus señorías han visto que hay cuatro o cinco métodos muy avanzados. Se han probado en determinados casos y probablemente estén en el mercado a lo largo del año 1988. En ese sentido nos enfrentamos con el período ventana con una mayor tranquilidad.

El método del Carlos III, que está en la misma dirección que otros métodos que se han ensayado en otros institutos similares, va incluso más allá. No va a detectar el anticuerpo, ni siquiera el antígeno, que es previo y genera la aparición del anticuerpo, sino que va a detectar la presencia del ARN del virus, en el ADN de la célula infectada, es decir, va a penetrar en el interior de la célula y va a detectar si existe replicación. En ese sentido elimina cualquier otra posibilidad. Se mira exactamente si la célula está infectada o no. Esto permite conocer perfectamente el estadio de la enfermedad y saber en qué situación se encuentra el enfermo. Puede servir para detección y también para determinar el grado de infección, dentro del organismo afectado y, por tanto, para establecer pautas de tratamiento o de terapéutica. Se ha utilizado, a lo largo del año, en todo tipo de colectivos; no solamente en drogodependientes, sino también en homosexuales y en algún otro grupo. No es un método que se haya utilizado discriminatoriamente.

Insisto en que no es solamente el Carlos III el que está desarrollando este tipo de ensayos, sino que hay otros institutos trabajando en la misma dirección. Con eso se cierra toda la trama de posibilidades de detección de infección y se cierran las posibilidades de diagnóstico.

Sobre la zidovudina existe un protocolo que se refiere sobre todo al estadio de la enfermedad en el paciente, es decir, a la determinación del grado de infección con objeto de que se pueda tener la garantía de éxito en su aplicación. En los tres centros en los que se ha aplicado en España se ha suministrado a pacientes no avanzados y donde los síntomas de la enfermedad no habían alcanzado su último estadio. Creo recordar que la proporción en homosexuales era algo superior a la de drogodependien-

tes. No obstante, al señor Mena le puedo dar datos exactos del número de pacientes.

La zidovudina, como saben bien SS. SS., no cura la enfermedad; simplemente mejora el pronóstico de los enfermos, alarga y mejora la calidad de vida. Si los ensayos que se están haciendo, de combinación con otras drogas para reducir su toxicidad, dan resultado, es de suponer que muchos enfermos, que se veñ beneficiados por este tipo de tratamiento, puedan mejorar su pronóstico y sobrevivir hasta la aparición de una terapéutica más eficaz o algún otro tipo de tratamiento.

Respecto a los cambios en las cárceles, tengo que decir que los cursos que hemos impartido y la mejor información de que disponen los funcionarios penitenciarios han hecho mejorar la relación entre éstos y los internos y, por tanto, ha redundado en una humanización del trato en las cárceles españolas. No es fácil evaluar los resultados y no hay datos todavía para saber si se ha producido un cambio; en cualquier caso, hay que decir que las cárceles no son centros completamente cerrados. En ellos, como es bien sabido, circula la droga —sucede en todas las partes del mundo—; todas las autoridades tienen que hacer esfuerzos para evitarlo, pero el movimiento de personas, de visitantes y de correspondencia no facilita esta tarea. Esto es algo que se ha destacado durante la reunión de la OMS del mes de enero pasado. La población no es estable, sale y entra, y se supone que los atisbos o evidencias incipientes que hay sobre adopción de precauciones por parte de drogodependientes se está produciendo también en los internos, que habrán adoptado esas precauciones antes de ingresar o allí mismo. Luego hablaremos de este atisbo en el cambio de conducta, que es muy difícil de evaluar y que nosotros estamos siguiendo a través de un grupo de, aproximadamente, 230-250 drogodependientes en la Comunidad de Madrid. Hay que tomar con mucha precaución los resultados en ese terreno, pero los mismos dan a entender que, por parte de este colectivo que está siendo más seguido y mejor tratado, puesto que está sometido a un seguimiento médico regular, a lo largo del año 87 ha habido una clara mejora en la utilización de jeringuillas desechables y también, en menor proporción, de preservativos. Estos resultados, insisto, hay que tomarlos con todo tipo de precauciones. Hay estudios parecidos fuera de nuestro país —por ejemplo, en Italia—, que parecen sugerir el mismo resultado, pero no hay una evidencia concluyente, entre otras cosas porque es un colectivo de difícil acceso.

En las propuestas que aparecen en la página 35 y cuya puesta en práctica sugería que se aceleraran el señor Mena y el señor Espasa, tengo que decir que se irán poniendo en marcha a lo largo de 1988 y, tomando en cuenta las sugerencias de esta Comisión, procuraremos acelerarlas al máximo. Hay que considerar que el plan es relativamente complejo en su organización, pero es que está adaptado a las peculiaridades institucionales de nuestro país, donde las competencias en materia de enfermedades infecciosas y de prevención están transferidas a las comunidades autónomas y donde la articulación es siempre algo pesada en la medida en que la coordinación de 17 au-

toridades sanitarias siempre es relativamente compleja. A lo largo de los últimos meses se ha visto que el trabajo en comisiones despeja esta complejidad y espero que a lo largo de este año, estos trabajos, que son ya muy concretos y hechos por expertos, puedan estar elaborados más rápidamente que los que hicimos en el año 87. En esto también se va avanzando porque se tiene más rodaje y más experiencia.

Quiero agradecer el tono de la intervención del señor Revilla. Indudablemente, una explicación sobre la enfermedad del SIDA dentro y fuera de nuestras fronteras tiene siempre ese doble componente técnico y político; técnico, en la medida en que hasta hace poco y aún ahora, en gran medida, nos enfrentamos con algo desconocido, y son los científicos los que nos van ampliando la información y mejorando el conocimiento a nosotros los políticos, pero, sobre todo, esa información técnica nos da la medida exacta de cuál es la dimensión de la amenaza a la que nos enfrentamos. En definitiva, lo que aquí tenemos que decir es siempre político y siempre está en las conclusiones y en los resúmenes de los debates que celebramos.

Señor Revilla, hay algunas encuestas sobre el conocimiento de la población española en torno al SIDA y están publicadas en la revista española de investigación sociológica. En julio-septiembre de 1987 hay publicada una encuesta del CIS, bastante larga, donde el grado de conocimiento, efectivamente, quedaba en evidencia. Se preguntaba: ¿Se considera usted muy informado, bastante informado o poco informado sobre esta enfermedad? La respuesta era: bastante informado, el 30 por ciento; pero siempre, los dos grupos compuestos por personas entre dieciocho-veinticinco años y entre veintiséis-cuarenta años, daban un grado de conocimiento mayor. (Ahora lo veremos en otro tipo de preguntas.) También las personas que vivían en aglomeraciones urbanas mayores se consideraban bastante mejor informadas, y, concretamente, las personas comprendidas en el grupo de hasta cuarenta años de edad. A continuación empezamos a ver las respuestas a preguntas mucho más concretas y nos dimos cuenta de que ese grado de información aumentaba muy considerablemente. Por ejemplo, en relación a los vehículos de transmisión, se preguntaba: ¿Diría que el SIDA se puede contraer por transfusiones de sangre? Sí, el 89 por ciento; en los grupos más jóvenes se llegaba al 94 por ciento. ¿Se puede contraer por relaciones sexuales entre hombre y mujer? Sí, el 79 por ciento; se elevaba al 83 por ciento en la población de menores de cuarenta años. ¿Se puede contraer bebiendo en un vaso usado por una persona con SIDA? No, el 52 por ciento; el 65 por ciento, en los colectivos más jóvenes. ¿Se puede contraer sentándose en un inodoro? No, el 46 por ciento; el 60 por ciento en el colectivo más joven. ¿Se puede contraer dándose la mano? No, el 75 por ciento; el 88 por ciento en el segundo colectivo. ¿Se puede contraer comiendo alimentos que han sido tocados? No, el 51 por ciento; el 66 por ciento en el colectivo más joven. ¿Se puede contraer probándose ropa en una tienda? No, el 71 por ciento; el 87 por ciento en el colectivo más joven. ¿Se puede contraer compar-

tiendo jeringuillas? Sí, el 90 por ciento; el 95 por ciento en el otro colectivo, que es el que está más expuesto al riesgo. ¿Se puede contraer por relaciones homosexuales entre hombres? Sí, el 90 por ciento; el 95 por ciento en el otro grupo. ¿Se puede contraer en el embarazo cuando la mujer es portadora de SIDA? Sí, el 82 por ciento; el 87 en el colectivo más joven. Y así todas las respuestas.

Esta encuesta no difiere de los resultados obtenidos en otras similares fuera de nuestro país, y puesto que estas son cifras de mediados del año pasado, es de suponer que a lo largo del semestre transcurrido desde entonces esta información haya mejorado y que ahora sea más completa. Creo que la conclusión que podemos sacar es la de que, efectivamente, la población española está bastante informada sobre los medios de transmisión y sobre la naturaleza de la enfermedad.

La coordinación entre las comunidades autónomas que se intenta por todos los medios —y debe agradecer aquí públicamente a las autoridades sanitarias de las mismas el esfuerzo que hacen en este terreno— no es tan sencilla porque presenta una realidad muy distinta. Ya vimos cómo hay comunidades que tienen una tasa por millón parecida a la de centro Europa y, sin embargo, otras la tienen prácticamente nula. Por lo tanto, no deben comportarse las autoridades sanitarias de la misma forma, y por ello lo que diverge es la intensidad de las campañas de información y la extensión que dan a la población. No es lo mismo informar en una comunidad autónoma en donde la edad media de los habitantes es muy alta, con escasa posibilidad de contacto con la infección, que en otra donde hay una gran densidad de población con gente joven y expuesta a las prácticas de riesgo. En cualquier caso, lo que sí hemos conseguido es que los mensajes sean iguales; prácticamente todos estamos diciendo lo mismo, aunque, eso sí, utilizando las lenguas oficiales de las distintas comunidades autónomas. Aunque la presentación es distinta, el contenido es el mismo; eso es muy importante. Creo que últimamente estamos consiguiendo que los planes autonómicos sobre la droga estén muy en conexión con los planes autonómicos contra el SIDA.

En ese sentido, desde el Ministerio vemos que el Plan Nacional se ha avanzado muy rápidamente, ya que hasta febrero de 1987 había una cierta dispersión en todos estos terrenos.

La hospitalización a domicilio es, obviamente, una solución muy adecuada: —tiene razón el señor Revilla— y se está usando. Probablemente sea el País Vasco el que está más avanzado en este terreno, porque previamente ya tenía un plan de hospitalización a domicilio, tanto de ancianos como de otro tipo de enfermos, que simplemente ha extendido a este tipo de afectados.

Con respecto a las cárceles, tengo que repetir lo que decía el señor Mena: no tenemos datos sustancialmente distintos de los que ya hemos manejado en alguna otra sesión de esta Comisión o en alguna pregunta de Pleno, que son los datos que se referían a las cárceles de Carabanchel o a la de Yeserías y a la Modelo, de Barcelona, que prácticamente están dando todos los mismos resultados. Ahora tenemos algún dato nuevo que se refiere a cárceles

más pequeñas, con una menor circulación de presos preventivos, donde las tasas de infección en la población que allí está reclusa es inferior, por la sencilla razón de que hay menos drogadictos. Es decir, que existe una correlación directísima y muy elevada entre población reclusa que es drogodependiente por vía intravenosa y grado de infección; en definitiva, prácticamente es lo mismo.

Contestando a la Diputada señora Salarrullana, no hay sustanciales problemas con los sanitarios. Yo creo que el comportamiento de los mismos es muy profesional, y lo que está saliendo a la prensa son realmente casos bastante aislados, que la mayoría de las veces se superan en cuanto hay una intervención inmediata de los servicios que tienen un conocimiento más directo de la enfermedad, como son los de hematología o los de enfermedades infecciosas. Ni en el Ministerio, ni en las Comunidades Autónomas directamente administradas por el INSALUD, ni tampoco en las transferidas, hemos detectado grandes resistencias en este terreno. Y ello no se debe solamente a que el Ministerio haya traducido las recomendaciones de la OMS, que efectivamente ese folleto llegó a todos los sanitarios, sino al esfuerzo que muchos hospitales han hecho por sí mismos, ya que muchos hospitales, dentro y fuera del INSALUD, han hecho sus propios folletos adaptándose al tipo de enfermos que normalmente reciben. Yo recuerdo La Paz y algún otro hospital de Barcelona, que han hecho sus propios folletos complementando y haciendo más detallada la información que aparecía en las recomendaciones de la OMS.

También hay una dificultad que hemos valorado en varias ocasiones, que es la de hacer una campaña de prevención dirigida a los profesionales que utilizan instrumentos cortantes. Efectivamente, se han hecho llegar mensajes tajantes en ese terreno a todas las personas que manejan agujas para hacer tatuajes. Sin embargo, hemos tenido una gran prudencia para extender este mensaje a otras profesiones, como puedan ser manicuras o a las peluquerías. En realidad, lo único que se ha hecho es insistirles a las Comunidades Autónomas para que, a través de los Ayuntamientos, recuerden a todos estos establecimientos las normas de salubridad que existen desde siempre. En definitiva, un instrumento cortante basta que sea esterilizado con alcohol para que ya no suponga un peligro, como saben perfectamente SS. SS., y yo tengo la impresión de que en la mayor parte de las Comunidades y por la propia imagen de su establecimiento, estos profesionales están tomando grandes precauciones en este sentido. Desde luego, me consta que estomatólogos y odontólogos lo han hecho, ya que a través del propio Colegio se han distribuido normas bastante sencillas, y seguro que si alguna de SS. SS. ha utilizado recientemente los servicios de un odontólogo, verá que se están recuperando incluso los autoclaves, que hasta ahora estaban siendo más o menos desechados.

Sobre los hemofílicos hay que decir que constituyen un problema grave que a nosotros nos preocupa. Son el único colectivo que ya tiene que sufrir una enfermedad congénita, y, por tanto, hay que hacer todo tipo de esfuerzos para que no se agrave. Sin embargo, en España ha habi-

do un problema específico que no se ha dado fuera de nuestra nación, y es que de manera sistemática se ha utilizado el factor 8 de coagulación como medida profiláctica. Esto se debió a un convencimiento de los propios servicios de hematología y a una petición de la propia Asociación de Hemofílicos de España, con objeto de facilitarles una vida más normal, y que no se diferenciara en nada de la del resto de los ciudadanos, y esto les expuso a un factor de riesgo adicional hasta que el factor 8 fue sistemáticamente sometido a prueba a partir del año 1985. Desde 1985 el factor de riesgo no existe, pero es que, además, ha dejado de utilizarse de una manera tan masiva el suministro del factor 8 como medida profiláctica, recomendado incluso por organizaciones internacionales, lo que nos da unas tasas de infectados bastantes altas.

El Ministerio, el INSALUD, así como las propias Comunidades Autónomas, están haciendo esfuerzos para el seguimiento de estos enfermos, que por la conciencia que tienen de los riesgos, por el tipo de conocimiento que tienen de su propia enfermedad, siguen las normas de conducta de una manera muy estricta y su pronóstico ha mejorado de una manera muy clara a lo largo de los dos últimos años, cuando los conocimientos científicos con respecto a la enfermedad se han difundido, y han sido conscientes de ellos. De todas formas vamos a continuar en un contacto permanente con la Asociación, y aportando todas las mejoras que podamos seguir haciendo en ese terreno.

No se dan jeringuillas desechables en las cárceles, señora Sallarrullana; al menos no se dan oficialmente. **(La señora SALARRULLANA DE VERDA: Se debían dar.)**

Hay algunos contactos con la Dirección General de Instituciones Penitenciarias para tratar este asunto y para tratar de un posible suministro de tratamientos a través de metadona, y probablemente se empiecen a hacer dentro de poco algunos ensayos dirigidos a cárceles específicas, no de manera general. Esto es difícil y se ha discutido mucho dentro y fuera de nuestro país, porque no parece una medida que por sí misma provoque una alteración de lo que son costumbres a veces muy arraigadas entre los propios drogodependientes y que podrían dar origen a problemas adicionales. Insisto en que probablemente se hará un ensayo dentro de poco tiempo, y en ese sentido la colaboración entre el Ministerio de Justicia y el de Sanidad es completa, pero no lo vamos a hacer de manera inmediata y general. Que yo sepa, en los países de la Comunidad no se hace esto de una manera masiva en ninguna parte. Inglaterra creo que ha hecho algún intento, intento que a veces ha pasado por distintas fases, pero, en todo caso, no es algo tan sencillo.

En cuanto a la calidad de vida de los enfermos por el suministro de métodos terapéuticos, depende del grado de la enfermedad que padecen, pero, en cualquier caso, el resultado ha sido siempre positivo; la calidad de los restantes depende también del estadio en que se encuentren. Esta es una enfermedad que en la mayoría de los casos no es solamente mortal, sino que, además, es extraordinariamente dolorosa por las presentaciones que ofrece. Es verdad que resulta especialmente patético contemplar un

enfermo con sarcoma de Kaposi, o con cualquier enfermedad de tipo infeccioso, o con candidiasis, particularmente impresionante, es cierto, y éste es uno de los factores que ha hecho que esta enfermedad se considere como algo especialmente temible.

Sobre el rechazo, yo creo que las autoridades autonómicas han sido bastante tajantes y sobre todo las del País Vasco, que, en mi opinión, han actuado muy correctamente cuando esta cuestión se ha suscitado. No tenemos constancia de que se haya presentado con esa apariencia espectacular y trascendido a los medios de comunicación más que en el País Vasco. Ha habido algunos intentos, algunos pequeños incidentes fuera de esa Comunidad Autónoma, pero, afortunadamente, se han resuelto, y yo creo que a medida que se vaya conociendo mejor la enfermedad se resolverán totalmente. Precisamente la campaña que se hace en el medio escolar a partir de los doce años, dirigida a padres, y a nivel universitario, está dirigida a romper esos últimos tabúes, a demostrarles a todos los padres, a todos los maestros, que en este terreno no hay ningún peligro para la convivencia, y por eso el «leif motiv» de esa información que se da específicamente a los medios docentes es que la escuela no es de ninguna manera un medio de riesgo, y que nos e conoce ningún caso en el mundo. Yo creo que en eso también estamos mejorando, porque hay una mayor conciencia y un mejor conocimiento de la enfermedad y sus mecanismos de transmisión.

Al señor Hinojosa le tengo que agradecer su juicio positivo sobre el Plan. Hay que reconocer que éste no es un merito del Ministerio, sino del conjunto de las autoridades sanitarias, compuestas por las Comunidades Autónomas y también por el Ministerio. El énfasis que he hecho en mi intervención sobre la información y educación no es nada más que un seguimiento de las recomendaciones, en forma de conclusión, de la Conferencia de Londres. Allí se insistió, hasta la saciedad, en ese terreno. Por eso, en parte, mi intervención de hoy y el documento que les he entregado a ustedes es detallado, cumpliendo con esa recomendación: informar, y en primer lugar, obviamente, y con mayor detalle, a SS. SS. que a ningún otro.

Con relación al dinero, señor Hinojosa, en Sanidad nunca se puede decir que sea sobrado, porque usted conoce perfectamente las demandas que existen y las que se generan cuando hay más dinero. Yo creo que con relación al Plan es un dinero suficiente. No es una consignación generosa la que tenemos, pero es suficiente.

Hasta ahora, ha habido una discusión con las Comunidades Autónomas que tenían su propio plan, y se entendió que el dinero que venía en el Presupuesto era para actividades más generales que complementaban las actuaciones que se estaban realizando en cada Comunidad Autónoma con plan y en las Comunidades Autónomas en las que tampoco había plan. En realidad, lo que hacía era unir, dar una cobertura general, complementar y hacer llegar a todos los ciudadanos el mismo mensaje y la misma presentación. Ya hablaremos de ello en el seno del Plan Nacional con relación al Presupuesto de 1988; en realidad ya estamos hablando de ello.

Debería decir que ha habido, con relación a Cataluña,

un pequeño malentendido, que es el que se refiere a las subvenciones a colectivos ciudadanos. Pero no ha sido un problema del Plan; se lo puedo asegurar. Cuando se hizo la convocatoria para la petición de subvenciones por problemas internos de los comités o de las diversas asociaciones ciudadanas en Cataluña, que no estaban unificadas, no hubo una petición a tiempo y, por tanto, quedaron excluidas. Pero yo creo que no han quedado excluidas del todo, porque, a través de la Federación que engloba a las asociaciones de todo ámbito nacional, tendrán acceso a subvenciones o, por lo menos, al resto de las subvenciones que todavía corresponden al año 1987.

El señor Espasa ha hecho algunas consideraciones que también me las ha pasado por escrito y que no puedo por menos que compartir. Se refieren a la discriminación laboral, social y cultural. Todos estamos en contra de esa discriminación, absolutamente todos. Todos estamos en contra de la utilización partidaria de los datos, problemas y, en consecuencia, de la enfermedad. Yo me tengo que sumar a lo que decía el Presidente de la Comisión, que es el que interpreta el Reglamento. Yo no sé si esto encaja en lo que es la mecánica parlamentaria de una sesión como la de hoy.

Contestando al señor Botella, tengo que decir que hay muchas preguntas todavía no contestadas en torno a la enfermedad. Si estuvieran todas contestadas la tendríamos resuelta. Hay muchas preguntas no contestadas y por eso en mi intervención, o en la de cualquier persona que tenga responsabilidad sobre el SIDA, habrá siempre muchos puntos todavía sin aclarar o muchas preguntas sin contestar.

Desde luego, señor Botella, yo nunca, cuando comparezco ante esta Comisión, hago una presentación como si esto fuera una rueda de prensa. Yo cuido al máximo —y usted lo sabe— la cortesía parlamentaria; eso no lo haría jamás. La muestra es que estos documentos no se entregan nunca antes de llegar aquí. En ninguna de mis intervenciones en esta Comisión he cometido la descortesía de dar los datos antes de venir a la Comisión. Jamás. Lo que ocurre es que hay que facilitar la tarea de las personas que se dedican a la profesión de informadores, además teniendo en cuenta que, a veces, el tema que tratamos tiene cierta dificultad de comprensión cuando se expresa oralmente. Por tanto, en estos casos no hay más remedio que dar el texto. Yo siempre contesto a las preguntas. Si no he contestado a alguna de ellas es porque no he agotado el plazo y seguramente estará ya encima de mi mesa para responderle inmediatamente. Yo le responderé lo antes posible.

Con respecto al SIDA, no me puede decir que haya habido nunca una pregunta que hayamos contestado de manera oscura o de manera tergiversada. Siempre hemos tenido la norma de la transparencia por lo que se ha dicho hoy mismo en esta Comisión, porque en esto no hay posibilidad de que discutamos o nos opongamos por cuestión de interpretación sobre lo que es la enfermedad o lo que hay que hacer con respecto a ella.

Los «kits» de diagnóstico que ha habido hasta ahora son los «kits» basados en el método de ELISA, y los que

yo he mencionado no están todavía en el mercado; lo estarán a lo largo de 1988. Como vimos antes —contestando al señor Mena—, estos «kits» cierran las posibilidades de detección de la enfermedad mediante la utilización de métodos que detectan la presencia de antígeno, e incluso la presencia de ARN del virus en el núcleo de la célula.

A lo largo de 1988, a medida que se vayan poniendo en el mercado, los usaremos también, entre otras cosas, como S. S. ha visto, porque no hay un problema económico, ya que muchos de estos métodos van a abaratar el método ELISA, lo pueden hacer más rápido y posibilita realizar un gran número de pruebas simultáneas. Lo importante es que reduzcamos ese periodo de ventana utilizando todas las posibilidades que tengamos. Yo creo que los problemas no están ahí, no están en los «kits», están más bien en la confidencialidad, en el tipo de personas que deben hacerse la prueba, el tipo de recomendaciones de conducta que se deben hacer esas personas, están a partir de la realización de la prueba. Yo creo que hasta ahora en este terreno no ha habido ninguna queja, ninguna dificultad, todo el mundo que ha querido se lo ha hecho. Precisamente las dificultades no son de carácter técnico; ya son de carácter organizativo, e incluso de comportamiento de las personas relacionadas con los servicios que hacen las pruebas, para guardar la confidencialidad, etcétera.

Con relación a los hemofílicos y la responsabilidad de la puesta a punto de los medios, ya expliqué a S. S. hace un año que la prueba para detectar la presencia de virus en el factor-8 o en sangre importada se dio a conocer en la primavera del año 1985 y en septiembre se hizo obligatoria en España. Por tanto, lo que se refiere al factor-8 ha habido un control desde el mismo momento en que ha habido mecanismo para poderlo llevar a cabo. Además, desde ese mismo momento en el que se conocieron los métodos para enfrentarse al virus, se hicieron una serie de recomendaciones, a través del Real Decreto, que conoce bien S. S., sobre calentamiento de la sangre, reconocimiento de los donantes, etcétera.

Con relación a las posibilidades de transmisión por transfusión, sabe S. S. que la mayor parte de hospitales lo pusieron en marcha a lo largo de 1986 y que se hizo obligatorio para todo el mundo a lo largo de 1987. Es decir que se ha ido conforme al calendario de descubrimientos y de puesta en el mercado de las pruebas que se están comercializando en todo el mundo. Que se podía haber hecho un mes antes, probablemente. A lo mejor con ello hubiéramos evitado algún caso, probablemente.

Sobre la declaración obligatoria, hay una polémica en todo el mundo, porque al ser una enfermedad infecciosa podría parecer lógico que su declaración fuera obligatoria, pero es que, de hecho, los mecanismos administrativos de seguimiento del caso que existen en todas partes la convierten «de facto» en declaración obligatoria, sin necesidad de dictaminar, a través de una norma, el que sea así. Puedo decirle que Francia, por ejemplo, tiene una norma de declaración obligatoria, pero no lo tiene Inglaterra, no lo tiene Alemania, no lo tiene Italia. En España, una Comunidad Autónoma, Aragón —es la que yo recuer-

do hasta ahora—, ha dictado una norma en este sentido. Pero, insisto, no es un dato relevante. El hecho de que el seguimiento de la enfermedad sea tan exhaustivo en definitiva, lo convierte en una enfermedad de declaración obligatoria. Puede haber algún caso que, por razones de intimidad personal, pueda ser tratado aparte del sistema sanitario y que evite que se haya contabilizado algún caso individual; podría ocurrir. Pero esto también ocurre con las enfermedades de declaración obligatoria, que por su carácter, por el estigma social que a veces suponía —estoy pensando en la sífilis, por ejemplo— no se han declarado. De la sífilis ha habido muchos casos —y este tema se ha tratado mucho en revistas de carácter especializado— y se ha considerado tradicionalmente que el número de casos estaba subestimado, y ahora que hay un cierto renacer de las enfermedades de transmisión sexual en todo el mundo vuelve a suscitarse el mismo tipo de polémica. En su época también pasó con la propia tuberculosis.

La transmisión perinatal y los casos de aborto. Yo creo que la ley es absolutamente clara: riesgo para el feto o para la madre. Yo creo que aquí no hay nada que añadir. Ya lo hemos comentado en alguna otra ocasión. Lo que hay que hacer es aplicar la Ley de 1985 en sus justos términos.

Respecto al cinco por ciento de los casos que son desconocidos, es decir, que no están incorporados a ninguno de los grupos, la mayor parte de ellos dejarán de serlo en los próximos meses. Hay un estudio exhaustivo, a través del protocolo, de cada uno de los casos presentados, que obliga a reconsiderar la fecha por lo menos de primer diagnóstico y, por tanto, asigna el caso a una época anterior. En ese proceso lo que termina normalmente por saberse también es el origen. Pero no es tan fácil determinar si una persona es drogodependiente u homosexual; es bastante difícil hasta que existe una confesión del propio paciente.

No entendí bien su pregunta, señor Botella, pero creo que se refería al desarrollo de la enfermedad en portadores. Yo di algunos datos de carácter general. En los cinco primeros años, entre el 20 ó 30 por ciento de los portadores desarrollan la enfermedad y luego un 30 ó 50 por ciento puede desarrollar síntomas; pero esto puede cambiar en el futuro, puesto que los enfermos que hemos tenido hasta ahora eran los más re infectados, los de prácticas de riesgo más continuas. Después de la difusión de los medios de transmisión y de la puesta a punto de medidas de prevención, esto puede cambiar. En cualquier caso, tenemos poca evidencia. Tenemos sólo cinco años, es decir, a finales de 1981 se diagnosticaron los primeros casos de SIDA. Cuando vayamos teniendo una serie más larga podremos ser más precisos en este terreno. Más de eso no le podría ampliar. En cuanto a la posible actitud maliciosa de los enfermos, está previsto en el Código Penal y quizá lo que habría que hacer es instruir a los fiscales, a través del órgano supremo del Poder Judicial, sobre seguimiento de este tipo de comportamientos, pero tampoco parece tan sencillo, a no ser que haya denuncia por parte de alguna de las posibles o supuestas víctimas.

Sobre la declaración de enfermedad profesional, tengo que decirle que ningún país lo ha declarado como enfermedad profesional. De hecho, conoce S. S. que existen en el mundo entre seis y ocho casos —creo recordar ahora— de sanitarios que posiblemente se hubieran infectado a través de su actividad profesional, pero tampoco hay evidencia en ese terreno. La vida íntima de las personas fuera del hospital o del centro sanitario no es algo que se pueda conocer tan fácilmente, de manera que la literatura que hay al respecto pone incluso en cuestión este número de casos, en primer lugar, por su número, tan escaso en relación a los cientos de miles de trabajadores de la Sanidad que hay en el mundo occidental, y, en segundo lugar, por la falta de evidencia sobre la causa real del contagio, lo que no hace aconsejable que se pudiera declarar como enfermedad profesional.

Quería agradecer las amabilísimas palabras —yo creo que excesivas— del señor Correas. Respecto del número de casos que tendremos a finales de 1988, hemos dicho que estamos en torno a unos trece o catorce meses en tiempo de doblaje, según la cifra que consideramos a finales de 1987. Si al final de año tenemos en torno a 900, podríamos estar, a finales de 1988, alrededor de 1.600 ó 1.700 casos. Es difícil también en este terreno dar cifras de una manera tan concluyente, porque probablemente a lo largo del año también irá ocurriendo lo que ha sucedido fuera de nuestro país, es decir, que se irá alargando el período de doblaje, el incremento del cien por cien, y a finales del año 1988 nos encontraremos en bastantes más meses que hasta ahora. De todas formas, creo que en este terreno quizá haya que ponerse en lo peor y esa cifra de 1.600 ó 1.700 casos podría ser bastante indicativa de lo que puede ocurrir.

En cuanto al número de hemofílicos —no recuerdo bien cómo se formuló la pregunta—, ya lo di en mi primera intervención y el dato más esperanzador, con relación a los hemofílicos, es el de que parece haberse detenido la aparición de nuevos casos, o haberse suavizado enormemente, ya que respecto al año 1986 el descenso ha sido muy considerable. Con relación a Europa, la proporción es ligeramente más alta debido a lo que dije antes. El hecho de que se hubiera extendido en España la práctica del suministro del factor ocho como medida profiláctica, no se dio en otros países europeos por razones diversas, y es lo que hace que estemos ligeramente por encima en cuanto al volumen de la población. Además, en los casos primeros que aparecieron sobre hemofílicos, la infección fue más intensa porque había habido un suministro masivo de factor ocho importado, para el cual no había, en ninguna parte del mundo, prueba de detección. No existía técnicamente en el mercado. Pero insisto en lo que dije antes, que se ha interrumpido esa práctica de suministro de factor ocho como medida profiláctica y la consecuencia ha sido la que antes mencioné: un descenso con relación al año 1986 bastante notable.

Quisiera, de todas formas, subrayar una vez más que con ese colectivo de mil y pico —menos de dos mil— que hay en España con los que hay un contacto permanente,

no se va a ahorrar esfuerzo para evitar que puedan ser víctimas de la enfermedad.

Muchas gracias, señor Presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Ministro.

Suspendemos la sesión durante cinco minutos y la reanudaremos con el apartado de control, según los acuerdos habidos en la Junta de Portavoces, que se refiere a proposiciones no de ley.

Se reanuda la sesión.

DEBATE ACERCA DE LA PROPOSICION NO DE LEY RELATIVA A AYUDA AL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS QUISTICA (PRESENTADA POR LA AGRUPACION DE DIPUTADOS DEL PDP)

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, se reanuda la sesión con la parte de control del orden del día que son las proposiciones no de ley. La primera proposición no de ley que figura en el orden del día, relativa al desarrollo del artículo 154.2 de la Ley General de la Seguridad Social en lo que respecta a los trabajadores de alcantarillado, presentada por la Agrupación Izquierda Unida-Esquerri Catalana, queda aplazada para otra reunión de la Comisión a petición del grupo proponente.

Por tanto, entramos en el debate de la proposición segunda, relativa a ayuda al tratamiento de la fibrosis quística, presentada por la Agrupación de Diputados del PDP. Para su defensa, tiene la palabra la señora Salarrullana.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: La fibrosis quística constituye una enfermedad con características peculiares dado su carácter hereditario, su presentación temprana, gravedad, evolución crónica y condición incurable hasta el presente. Estos rasgos son también causa de múltiples problemas: problemas médicos, asistenciales, socioeconómicos, escolares, etcétera. Esta enfermedad es considerada como la enfermedad hereditaria mortal más frecuente en Europa. La incidencia de su mortalidad está evaluada entre el 1 por 1.000 y el 1 por 3.000 recién nacidos. En España no está precisado del todo, pero partiendo de una incidencia media de 1 por 1.500, cabe estimar que cada año nacen en España entre 250 a 300 casos nuevos, y la frecuencia de portadores en la población general se calcula entre 1 por cada 30 a 60 personas.

La sección de gastroenterología y nutrición infantil de la Asociación Española de Pediatría ha puesto en marcha un programa multicéntrico para establecer precisamente las tasas de prevalencia de esta enfermedad. Como estimación aproximada podemos decir que si en los últimos diez años ha habido en España entre 2.500 a 3.000 recién nacidos afectados de fibrosis quística y con una mortalidad del 30 por ciento en este mismo período de tiempo, es posible que en la actualidad oscile entre unos 900 ó 1.300 afectados. Estos pacientes precisan una atención

desde el nacimiento y a lo largo de toda su vida a la que han de colaborar pediatras generales, gastroenterólogos infantiles, médicos generales, psicólogos, rehabilitadores, neumólogos, enfermeras, asistentes sociales, maestros, etcétera. Sólo de esta forma se han ido logrando los avances a que asistimos en el presente.

Esta asistencia es muy compleja, porque tiene que afrontar muchas áreas: áreas de dietética y nutrición, de indagación microbiológica, controles radiográficos, estudios de balances digestivos y metabólicos, estudios de función respiratoria y, por supuesto, rehabilitación y fisioterapia respiratoria, con la necesidad de utilizar diverso material lo mismo en los hospitales que en el domicilio.

De igual forma se requiere cubrir la escolarización de estos niños sometidos a frecuentes hospitalizaciones, así como la atención a sus problemas psicológicos, desajuste familiar y su orientación profesional.

Los problemas socioeconómicos que produce esta enfermedad son también muy grandes, tanto para la familia como para los centros sanitarios. Los gastos que se originan son elevados, al tener que cubrir desplazamientos, estancias, medicación ininterrumpida y fisioterapia respiratoria.

En la actualidad estos aspectos han cobrado mayor trascendencia ante el hecho de que se va logrando una mayor supervivencia. Basta con tener en cuenta que en el año 1930 la mortalidad de estos enfermos era prácticamente del cien por cien en los primeros años de su vida y en la actualidad en muchos centros aquí en España, tenemos niños con edad superior a 15 años y en países más avanzados la supervivencia media llega hasta los 20 años y en algunos se está alcanzando los 40.

Todo esto plantea con carácter urgente la necesidad de enfrentarse a esta problemática nueva. Los centros hospitalarios tenían reducida su asistencia a la infancia hasta los siete años y dejan ahora a estos niños —que por otra parte empiezan a superar también esta edad— en manos de médicos generales y médicos internistas carentes de entrenamiento y de experiencia. Los propios pediatras que han seguido a estos niños hasta los 14 años no se hallan en condiciones de estar al tanto de los nuevos problemas que origina la nutrición, el crecimiento, el desarrollo, pero sobre todo la maduración puberal, que no se veía hasta ahora en estos niños, la intelectual y la sexual de aquellos que van viendo cómo se amplían sus expectativas de sobrevivir en unas condiciones cada vez más aceptables.

Hoy son dos los centros que están obteniendo los mejores resultados en el mundo: el dirigido por el doctor Shwachman, en Boston (Estados Unidos), y el Bronston Hospital for Cystic Fibrosis, en Londres. A este centro han acudido varios niños españoles y tras su clara mejoría naturalmente se han creado nuevas esperanzas en otros muchos padres.

Hasta ahora, pese a las continuas peticiones que han realizado estos padres al INSALUD para que ya que en España no hay medios adecuados para combatir esta enfermedad, por lo menos les fuera abonada alguna ayuda que paliara los costosos gastos que les suponía el traslado a

otros hospitales de otros países, el tratamiento y la hospitalización, siempre se les ha denegado.

En febrero de 1986 se inscribió en el registro de asociaciones la Asociación Madrileña contra la Fibrosis Quística, por supuesto integrada por padres de niños afectados por esta enfermedad. Entre todos ellos se están ayudando, unos con gran esfuerzo económico están pudiendo llevarlos a Londres, pero otros no tienen esas posibilidades.

Porque la Constitución española dice que todos tenemos el derecho a la salud, porque obliga a los poderes públicos a cumplir este precepto, porque no es justo abandonar a unos seres humanos que saben que cada vez tienen más esperanzas de vida y en mejores condiciones y porque estos mismos enfermos y sus familias no entienden por qué unos tratamientos muy costosos sí que entran en la protección a las prestaciones que cubre la Seguridad Social y éstos no, es por lo que la Agrupación de Diputados del PDP, a la que en estos momentos represento, presenta la siguiente proposición no de ley: Que el Ministro de Sanidad y Consumo propicie la preparación de facultativos médicos y equipos interdisciplinarios cualificados para una buena asistencia de la fibrosis quística hasta la edad adulta. Que el Ministerio de Sanidad y Consumo cree unidades hospitalarias dedicadas al tratamiento de esta enfermedad. Que la Seguridad Social cubra la totalidad de los costes del tratamiento de esta enfermedad. Que mientras esto no se lleve a cabo, el INSALUD posibilite una ayuda para el traslado de niños con fibrosis quística a centros de países donde se están llevando con éxito tratamientos de dicha enfermedad.

En espera de su aprobación, nada más y muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Parece ser que el señor Revilla tenía presentada una enmienda a esta proposición no de ley. Para su defensa, tiene la palabra.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Efectivamente, hemos presentado una enmienda en la cual solicitamos que se supriman los puntos uno, dos y cuatro de la proposición no de ley, quedando sólo el punto tres.

La justificación a esta enmienda está en que realmente no nos parece que la entidad de esta enfermedad precise para su tratamiento la creación de facultativos y equipos especialmente dedicados a ella. Si se apoyara en este caso estaríamos abriendo la puerta a que en múltiples enfermedades y padecimientos se intentara crear unidades o equipos dedicados a su tratamiento de modo específico.

Desde el punto de vista médico-científico esta enfermedad se trata con toda calidad en los servicios de pediatría o en los servicios de medicina interna sin ningún problema y dentro de las posibilidades que hoy día existen para su tratamiento. Desgraciadamente, es una enfermedad incurable, como tantas otras, pero que con los últimos avances de la medicina permite que las personas que la padecen alcancen edades más adultas que antes, aunque no se pasa de ahí. Por eso, creemos que no es bueno el comenzar a diferenciar dentro de los servicios médicos unida-

des destinadas ni a ésta ni a otra enfermedad, como no existan causas muy justificadas.

Por otra parte, se dice que en nuestro país no se ha hecho prácticamente nada. Es probable que no se haya hecho todo lo que se pueda hacer, pero también eso ha sucedido en la cirugía del infarto, o en la profilaxis de la diabetes, o en otros muchos padecimientos. No es precisamente esta enfermedad una que pueda ponerse de ejemplo como enfermedad en la cual no se ha hecho nada, porque desgraciadamente lo que hay que hacer en ella es lo que habitualmente se hace en cualquier servicio médico. Quizá lo único que queda por intentar —y hay que plantearse serias dudas acerca de ello— es un trasplante en momentos muy precoces de la enfermedad, pero en la mayoría de los casos la enfermedad no afecta solamente a un órgano, exclusivamente al páncreas, sino también a otros, y naturalmente ahí hay una barrera enorme, porque ¿qué es lo que se puede trasplantar?

Con esto lo que quiero apuntar —sin entrar en más problemas técnicos— es que realmente no entendemos que esté justificado ni desde el punto de vista del contenido de los puntos uno y dos, ni desde el preámbulo el que se haga otra cosa que lo que el punto tres define, con el cual estamos totalmente de acuerdo, y es que la Seguridad Social cubra la totalidad de los costes del tratamiento de esta enfermedad, porque si ya ésta es especialmente dura y genera gastos importantes, efectivamente eso esté cubierto.

Esperamos que el Grupo Parlamentario proponente tenga comprensión para esta enmienda nuestra, que sólo busca que la racionalidad impere al máximo en el tratamiento de estos temas por parte de la Cámara.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Qué Grupos quieren fijar su posición respecto a la proposición no de ley? (Pausa.)

Por el Grupo de Coalición Popular, tiene la palabra el señor Mena-Bernal.

El señor **MENA-BERNAL ROMERO**: Es evidente que desde el punto de vista profesional —no sólo político, en donde uno se desenvuelve— quisiera que todo tipo de enfermedad tuviera remedio, pero hay necesidad de establecer un sistema prioritario, incluso dentro de las enfermedades, que se debe fundamentalmente a su frecuencia y a sus posibilidades tanto diagnósticas como terapéuticas.

La enfermedad que trata la proposición no de ley presentada por la Agrupación del PDP evidentemente tiene razón en todo lo expuesto, pero esto nos llevaría de la mano a establecer no sólo en esta enfermedad, sino en un cúmulo importante de otro tipo de enfermedades que también tienen las mismas características —no me refiero a características patológicas, sino a características de incidencia social y de dificultades de diagnóstico y tratamiento—, nos llevaría, repito, a crear una verdadera subespecialización en todas las especialidades de la ciencia médica. Por lo tanto, estimo que es excesivo el pedir lo que se expone en el punto primero y en el punto segundo.

Estoy totalmente de acuerdo con la enmienda presentada por el CDS y estimo que habría que agrupar el pun-

to tercero con el cuarto para que la Seguridad Social cubra la totalidad de los costes del tratamiento de la enfermedad y debe incluir también el traslado a los centros en donde, por cualquier tipo de circunstancia, esta enfermedad sea mejor tratada de lo que se pueda hacer ahora mismo en nuestro país. Pero repito que el punto primero y el punto segundo no nos parecen adecuados, dado que conllevarían, repito, una subespecialidad, puesto que no es sólo esta enfermedad la que puede darnos pie al establecimiento de estos dos puntos. Yo extendería en ese caso el tema a enfermedades que tienen un mayor espectro en la sociedad, como pudiera ser, por ejemplo, la diabetes o todo lo que concierne a la geriatría. Ahí sí haría hincapié, pero en una cosa tan estricta no lo veo aceptable.

Por tanto, el apoyo de mi Grupo es para los dos puntos últimos, que deberían refundirse en uno, puesto que ciertamente creo que así es como debiera ser.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Mena.

Por el Grupo Socialista, tiene la palabra el señor Vallejo.

El señor **VALLEJO RODRIGUEZ**: Yo tendría que decir que, respecto del primer punto de esta proposición, la fibrosis quística es un síndrome que, aunque de carácter congénito y hereditario y que tiene manifestaciones clínicas en diferentes aparatos y órganos, fundamentalmente respiratorios y digestivos, exige la misma preparación para el diagnóstico del tratamiento que cualquier otra enfermedad. No veo que en la Facultad de Medicina, ni en hospitales ni en distintos servicios se exija una preparación especial. Me parece que deben estar los profesionales y los servicios de hospitales preparados igual para cualquier otro síndrome o enfermedad, por lo cual creo que no tiene mucho sentido este primer punto.

Respecto al segundo punto, en nuestra opinión esta propuesta es prácticamente inviable, a no ser que se contara con una cantidad de medios económicos, humanos y estructurales que serían desmedidos. Incluso filosóficamente es una proposición retrógrada, porque si se tiene en cuenta el enfoque que se da no sólo al tratamiento de enfermedades, sino también a determinados conceptos sociales, como puede ser el que se tiende cada vez más a la integración de los minusválidos, por ejemplo, o que ciertas subnormalidades se traten con una enseñanza reglada, igual que para los niños normales, cuando se tiende a evitar los «guettos» psiquiátricos, y cuando resulta que hay muchas manifestaciones clínicas que pueden ser perfectamente tratadas igual que otros síndromes o enfermedades en inmunidad hospitalaria, me parece que la filosofía de crear un «guetto» para fibrosis quística o cualquier otro síndrome es algo así como condenarlos, porque tienen una enfermedad infectocontagiosa o algo parecido, con lo cual me parece, repito, que es una filosofía retrógrada que va en contra del pensamiento actual, que trata de integrar a todos los enfermos y a todos los grupos marginados de la sociedad en el conjunto de la sociedad misma. Por ello, desde luego no se puede aprobar.

El tercer punto, aun estando de acuerdo, no podemos apoyarlo porque creemos que ya se produce, y que sólo serviría para el caso de que haya algunas personas en concreto que tengan dificultades. Pero yo creo que ni nuestro Grupo ni nadie va a poner ninguna traba, sino al contrario, se ofrecería a facilitar cualquier tipo de gestiones que haya que hacer al respecto, porque eso está en la filosofía no sólo del Ministerio, sino de nuestro Grupo Socialista y pienso que de cualquier Grupo. Pero eso no hace falta remarcarlo de nuevo, porque si hay algún caso concreto en que existan dificultades, repito, se facilitarán las gestiones para que se subsane, cosa que no creemos en este momento.

De la misma manera, el cuarto punto no podemos tampoco apoyarlo, porque el traslado de pacientes con fibrosis quística debe ser igual que para cualquier otro caso de enfermedad en que sea necesario el tratamiento en un centro hospitalario en el que haya medidas adecuadas. Es decir, no se necesita un apartado especial ni una consideración propia para la fibrosis quística, porque, caso contrario, tendríamos que hacer un enumerado de todos los procesos concretos en los que hace falta el traslado a un sitio, ya que aquí a lo mejor supuestamente hay dificultades o carencias.

Por tanto, eso nos lleva a tener que tomar una posición en sentido contrario al de la proposición no de ley.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Vallejo. La señora Salarrullana tiene la palabra.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Supongo que tendré derecho a decir si admito o no las enmiendas que se han presentado.

El señor **PRESIDENTE**: Puede expresar si admite o no la enmienda.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: En vista de la exposición que ha hecho el representante del Grupo Socialista, que por supuesto es el que tiene la llave de votación en esta Cámara, sería absurdo que yo admitiera unas enmiendas de otros Grupos que no van a triunfar. Si existiera la posibilidad de que el Grupo Socialista admitiera alguna de ellas, yo, ante el cero, me quedaría con el algo, pero al ver que efectivamente lo que me van a conceder es el cero, ni siquiera me quedo con el algo y sigo manteniendo todas las propuestas que hemos hecho, y si me permite el señor Presidente, sencillamente quería decir dos cosas. Una, que siempre me duele...

El señor **PRESIDENTE**: No se lo permito, señora Salarrullana.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Me lo figuraba, señor Presidente. Pero me iba a salir muy bonito y siento que no lo oiga la Comisión.

El señor **PRESIDENTE**: Siempre estamos dispuestos a oír cosas bonitas, pero con arreglo al Reglamento.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Sobre todo lo del progresismo y el retrogradismo, que me ha llegado al alma. Pero lo deajo.

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

Al ser rechazada la enmienda, pasamos a votación de la proposición no de ley en su formulación original. (**El señor Mena-Bernal Romero pide la palabra.**) Señor Mena, tiene la palabra.

El señor **MENA-BERNAL ROMERO**: Perdón, señor Presidente. ¿Podrían votarse los puntos separados?

El señor **PRESIDENTE**: No, señor Mena-Bernal. En el caso de las proposiciones no de ley es una votación única. Es así en Comisión y en Pleno, y lo saben sus señorías. Pasamos a efectuar la votación.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos a favor, uno; en contra, 17; abstenciones, cinco.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada la proposición no de ley.

La siguiente proposición no de ley queda aplazada para el orden del día de mañana, y se situará al finalizar el trámite de preguntas si el horario lo permite, si no, se incluirá en otra sesión posterior.

Se levanta la sesión hasta mañana a las nueve y media.

Era la una 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