



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1993

V Legislatura

Núm. 60

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENTA: DOÑA BLANCA GARCIA MANZANARES

Sesión núm. 4

celebrada el martes, 2 de noviembre de 1993

ORDEN DEL DIA:

- Comparecencia del señor Secretario General de Salud (Gutiérrez Morlote), para explicar la situación actual y perspectivas de la política de salud y, en concreto, el Plan del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). A solicitud del Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 212/000026.)
-

Se abre la sesión a las doce y cinco minutos del medio-día.

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, buenos días.

Damos comienzo a la sesión de la Comisión de Sanidad y Consumo con el único punto del orden del día, que es la comparecencia del Secretario General de Salud, don

Jesús Gutiérrez Morlote, para explicar la situación actual y perspectivas de la política de salud en el Departamento y, en concreto, el Plan del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Esta comparecencia ha sido solicitada por el Grupo parlamentario Socialista y me ha comunicado su portavoz que renuncia a la intervención inicial para dar paso,

en primer lugar y directamente, a la exposición del señor Gutiérrez Morlote, a quien damos la bienvenida a esta Comisión.

Tiene la palabra el señor Gutiérrez Morlote.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SALUD** (Gutiérrez Morlote): Muchas gracias, Presidenta. Buenos días a todos, señorías.

Quiero agradecer, en primer lugar, al Grupo parlamentario Socialista esta petición de comparecencia que nos va a permitir hablar, con serenidad y rigor, de un problema sanitario grave como el del sida que afecta a toda la población mundial y sobre el que es necesario unir esfuerzos para encontrar un horizonte de esperanza.

Agradezco comparecer ante SS. SS. para hablar del sida porque ello me permite mantener informados a los máximos representantes de los ciudadanos, aunque en modo alguno considere que el problema del sida haya de ser campo de batalla política. Esta será una máxima a la que nunca renunciaré, ni en mi comparecencia de hoy ni en las que periódicamente solicitaré a fin de que SS. SS. estén perfectamente informados. Mi espíritu será siempre buscar la sintonía y el esfuerzo común; nunca la utilización del sida como arma política ni favorable, ni desfavorable, porque detrás de las cifras que vamos a oír hay personas que sufren, que sufren mucho. Nuestra obligación es evitarlo o paliarlo; en modo alguno instrumentalizarlo.

Quiero huir también en esta comparecencia de manifestaciones doctrinales, de declaraciones generales de sobra conocidas por SS. SS. y repetidas a lo largo de este período que arranca de la definición de la enfermedad en 1981.

En mi doble condición de Secretario General de Salud y Presidente del Plan Nacional del Sida estoy obligado a adentrarme en el terreno de lo concreto y, por ello, tras una descripción de la situación actual de la enfermedad y de las perspectivas de su evolución, voy a informar sobre las medidas que está desarrollando, y las que tiene previsto desarrollar el Ministerio de Sanidad y Consumo en relación con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Espero ser lo suficientemente concluyente como para contribuir a deshacer algunas ambigüedades y confusiones que suelen producirse siempre que se toma en consideración el tema del sida y que en nada ayudan a combatir la enfermedad ni a informar a los ciudadanos.

La pandemia de sida es un fenómeno mundial nuevo, todavía dinámico e inestable, cuyo mayor impacto está aún por llegar en algunas zonas del planeta y cuyo futuro y dimensión dependen en exclusiva o, al menos, fundamentalmente, del comportamiento humano, individual y colectivo, aparte, lógicamente, del desarrollo de la ciencia.

Las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud a nivel mundial y para este momento son de cinco mil nuevos afectados diarios, más de trece millones de infectados (hombres, mujeres y niños, dos millones y medio de enfermos de sida y unos costes directos sobre el

sector sanitario de 5.000 millones de dólares, e indirectos, en términos de pérdidas de productividad, de hasta diez veces más. Para finales de siglo, de trece a dieciocho millones de enfermos de sida y de treinta a cuarenta millones de personas seropositivas.

En España, durante el tercer trimestre de 1993, el número de casos notificados ha sido de 1.390, con lo que a 30 de septiembre el total acumulado asciende a 21.205. De todos ellos, 9.625 pacientes ya han fallecido, lo que nos proporciona una cifra de enfermos activos de 11.580. Del total acumulado, el 82,2 por ciento son varones y el 82,4 por ciento tenían en el momento del diagnóstico una edad comprendida entre los 20 y los 40 años, siendo los menores de 13 años un 2,5 por ciento de los casos.

La evolución del número de casos por año ha oscilado entre el primer caso, declarado en 1981, hasta el máximo, en el año 1992, de 4.015 casos, con unos incrementos porcentuales, año tras año, que, como luego veremos, van disminuyendo. La tasa de incidencia, con 110,5 casos por millón de habitantes y año, coloca a España, en 1992, en el primer lugar de los países de la Comunidad Europea. Detrás de España, y en el conjunto de Europa, siguen Francia, Suiza e Italia.

En nuestra distribución interna, por comunidades autónomas, nos encontramos que existe un grupo de ellas, compuesto por las comunidades de Madrid, País Vasco, Cataluña, Baleares y La Rioja, que presentan una tasa de incidencia que oscila, en 1992, entre 28,3 y 115,3 casos por millón de habitantes.

Por categoría de transmisión, de los 21.205 casos de sida acumulados desde 1981, el 64 por ciento de los casos corresponde a usuarios de drogas por vía parenteral; el 15,1 por ciento de los casos a prácticas homo y bisexuales; el 2,2 por ciento a usuarios de drogas por vía parenteral, que, además, realizan prácticas homosexuales; el 6,7 por ciento a heterosexuales; el 2,1 por ciento a hijos de madre de riesgo; el 2,3 por ciento a hemoderivados y el 1,1 por ciento a transfusiones sanguíneas.

La distribución de casos en función de las categorías de transmisión ha experimentado, desde 1984, la siguiente evolución: Los usuarios de drogas por vía parenteral han pasado de ocupar el 36 por ciento de los casos en 1984 al 62,5 por ciento en 1992. La práctica de riesgo ligada a las relaciones homosexuales representaba un 22 por ciento del total de casos de sida en 1984, y un 14,9 por ciento en 1992. El mayor porcentaje, un 22,9, se produjo en 1985 y desde entonces no se han producido incrementos. El grupo de heterosexuales debuta en 1985 con un 1,2 por ciento de los casos; a partir de 1988, comienza a subir el número de casos de esta práctica de riesgo, manteniéndose la tónica hasta la actualidad. De los casos notificados y diagnosticados en 1993 -datos a los que antes me refería diciendo que eran a fecha 30 de septiembre-, el 10,5 por ciento son heterosexuales. Los casos de transfusiones representan un 2 por ciento en 1984 y desde entonces mantienen un descenso que sólo se alteró en 1986. Los casos ligados a hemoderivados eran en 1984 el 24 por ciento del total; desde entonces se produce una notable disminución constante.

De los datos que acabamos de aportar, extraemos las siguientes conclusiones generales: La primera, que si bien en número de casos se sigue produciendo un incremento, en términos porcentuales este crecimiento está descendiendo desde el comienzo de la epidemia. Así, en 1987 el incremento porcentual fue del 121,6 por ciento respecto al año anterior, mientras en 1991 el incremento fue de 14,1 por ciento, ambos relativos a la tasa de incidencia. Ello se explica por la naturaleza del registro que, como conocen SS. SS., es un registro peculiar y porque el diagnóstico de la enfermedad no coincide con el momento de contagio, habiendo, entre uno y otro, de 8 a 10 años de separación por término medio. También por el resultado de las campañas de información y prevención realizadas por las administraciones sanitarias y por las organizaciones no gubernamentales.

Aunque los datos de disminución del crecimiento porcentual son ciertos estadísticamente, deben ser relativizados en función del número absoluto de casos y de la segura infranotificación a la que se enfrenta el registro.

La segunda, que, si bien es cierto que España presenta la mayor tasa por millón de habitantes, lo es también que nuestra tendencia es bastante similar a los países de nuestro entorno socioeconómico y cultural. Hemos tenido un comportamiento alcista, como también lo han tenido Italia, Francia, Dinamarca, Bélgica, Holanda, etcétera, por la razón de estar aflorando ahora los resultados de la epidemia durante la pasada década. La tercera, que el patrón de la epidemia sigue vinculado mayoritariamente en España al consumo de drogas por vía parenteral, si bien existen indicios de una cierta contención en el crecimiento asociado a esta práctica por cambio de hábitos en usuarios de drogas, mostrando la tendencia un ascenso de heterosexuales y un marcado descenso en los casos atribuidos a receptores de transfusiones y hemoderivados.

El patrón descrito para España se diferencia del resto de la Comunidad Europea en: 1) La presencia mayoritaria de casos atribuidos a usuarios de drogas por vía parenteral. 2) Casos atribuidos a relación heterosexual significativamente menor. 3) Casos atribuidos a relación homosexual con menor peso específico. Italia tiene el mismo patrón epidemiológico que España, con un porcentaje de usuarios por vía parenteral más elevado que España. Teniendo en cuenta eso, las medidas preventivas, que más tarde mencionaré, especialmente las de educación e información, no pueden ser tampoco homogéneas en todos los países.

Lo que hoy conocemos, señorías, sobre la realidad de los casos de sida en nuestro país es suficientemente elocuente, pero hemos de tener en cuenta que el número de casos de sida va a aumentar en los próximos años debido a: Primero, el curso de la epidemia; segundo, la aplicación de la nueva definición de caso de sida, que entrará en vigor el 1 de enero de 1994, adelantando en dos años el momento de diagnóstico, y, tercero, la mejora de funcionamiento del registro, con una política activa de búsqueda de casos e incentivación de la notificación.

Debido a esto, sobre todo por las razones segunda y

tercera, la nueva definición de caso y la política activa del registro, podemos encontrarnos en el próximo año con un incremento, ciertamente artificial en su mayor parte, de alrededor del 40 al 50 por ciento.

En definitiva, señorías, dado el período de latencia del sida, lo que ahora estamos detectando es, en términos generales, el resultado de las prácticas y situaciones de riesgo ocurridas en los años 1984 a 1986. Desde entonces es mucho lo que sabemos de la enfermedad, muchas las medidas que se han adoptado y muy superior el conocimiento que la población tiene del problema. Sus consecuencias positivas, en términos de evolución de la enfermedad, deberemos verlas en los próximos años.

Quisiera pasar a referirme ahora a las actuaciones. El sida es un problema de todos, porque todos debemos pararlo, porque entre todos debemos financiar los gastos que genera y porque entre todos debemos erradicar la discriminación de los afectados.

En términos de salud, es un problema particularmente importante para quien ejerce las prácticas de riesgo o no adopte las medidas preventivas oportunas. Debemos situar las cosas en sus justos términos, sin alarmar a la ciudadanía. El reto es informar, no amedrentar. El miedo es un efecto de la ignorancia y la discriminación una consecuencia de ambos.

Centradas así las cosas, quiero exponerles, señorías, las medidas que venimos adoptando. Se asienta la política del Estado en los ejes normativo y de coordinación administrativa y se articula en torno a cuatro verbos: prevenir, atender, conocer y sistematizar.

Como problema de salud pública, el sida se incluye entre las competencias de las comunidades autónomas, pues a ellas, conforme a sus estatutos de autonomía y a los reales decretos de transferencia de funciones y servicios, les corresponde el estudio, vigilancia y análisis epidemiológico de los procesos que inciden positiva o negativamente en la salud humana y los programas sanitarios tendentes a la protección y promoción de la salud. A la Administración sanitaria del Estado corresponde el establecimiento de estrategias de planificación conjunta que hagan posible una respuesta eficaz ante la enfermedad o, por decirlo de otra manera, el ejercicio de la función que la jurisprudencia constitucional y la Ley General de Sanidad han dado en denominar coordinación general sanitaria.

Junto al instrumento de coordinación general que constituye el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, por acuerdo del Consejo de Ministros de 5 de junio de 1987, se creó la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida, para la coordinación de los programas impulsados por las Administraciones sanitarias en la prevención y control de las infecciones producidas por el VIH. En este período, la Comisión Nacional se ha mostrado como instrumento eficaz en la generación de sinergias para las actuaciones de las distintas administraciones públicas.

El reforzamiento de las actividades a desarrollar en la lucha contra el VIH-sida, su mayor complejidad y el creciente número de entidades, públicas y privadas, que en

ellas participan, unido a una escasa definición normativa, han aconsejado una definición precisa de las funciones y régimen de actuación de la Comisión Nacional, de sus distintos órganos y de la Secretaría del Plan Nacional del Sida. El resultado de ello ha sido la publicación del Real Decreto 592/1993, de 23 de abril, por el que se determina la composición y funcionamiento de la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida.

Las novedades más significativas que contiene el Decreto son: la creación de un consejo asesor clínico, integrado por profesionales sanitarios de reconocido prestigio y dedicación a la lucha contra el sida, y la posibilidad de incorporar a las sesiones que celebre la Comisión Nacional a las organizaciones no gubernamentales cuyo ámbito de actuación sea la información, prevención, formación, atención y apoyo psicosocial y reinserción de enfermos del sida.

Al terreno normativo, señorías, me referiré sólo de modo sucinto. Desde el Ministerio de Sanidad y Consumo se han venido dictando aquellas disposiciones necesarias y aconsejables, en función de la evolución de los conocimientos, para evitar la transmisión de la enfermedad. Este proceso legislativo, evidentemente todavía abierto, tiene su origen en 1985 con la obligatoriedad de las pruebas de detección de acuerdos en hemoderivados, sigue con la norma de obligatoriedad de la prueba de detección del VIH en la donación de sangre, en febrero de 1987, y su último eslabón es la homologación de preservativos en 1991.

Acabo de describir los ejes sobre los que se asienta la actividad estatal. Me interesa ahora detenerme en los cuatro verbos sobre los que se articulan las actuaciones que estamos llevando a cabo.

El primero, prevenir, que es tanto como decir informar. Entendemos que la primera obligación de la autoridad sanitaria es impedir la propagación de la enfermedad. Apostar por la prevención significa apostar por la educación y la información. Aunque se ha mencionado muchas veces, continúa plenamente vigente la afirmación de que la información y la prevención son las dos armas fundamentales de que disponemos para luchar contra el sida. Sabemos cómo se transmite y cómo no se transmite la enfermedad. Se transmite básicamente en nuestro país mediante las relaciones sexuales sin protección y por el hecho de compartir agujas y jeringas contaminadas. La información, tanto la que se refiere a la población general como la dirigida a las personas que realizan prácticas de riesgo, ha sido un objetivo permanente de las administraciones públicas, ya fueran estatal, con campañas realizadas en los años 1987, 1988, 1990 y 1993, autonómica o municipal.

Aun cuando las campañas informativas son las que tiene una mayor relevancia pública, sólo son una parte de las acciones llevadas a cabo. Existen otras muchas actividades concretas y puntuales desarrolladas por el Estado y por las administraciones sanitarias de las comunidades autónomas, unas dirigidas al ámbito del conocimiento general, en escuelas, barriadas, asociaciones, etcétera, y

otras dirigidas a usuarios de drogas, prostitutas, etcétera, colectivos de muy difícil acceso para las campañas y actividades de índole institucional, pero más permeables a las acciones desarrolladas por organizaciones no gubernamentales, a las que desde aquí agradezco su inestimable labor.

No hay que dejar de mencionar la política del Ministerio de Justicia con su programa de prevención y control del sida, dirigido a todas las personas que ingresan en los centros penitenciarios y cuyas actividades van desde el establecimiento de sistemas de información y medidas de prevención -educación sanitaria, distribución de material de desinfección y condones- hasta la formación del personal y el tratamiento y seguimiento de enfermos y de portadores.

Como datos más relevantes en el colectivo de reclusos, datos que fueron aportados por el Secretario de Estado de Asuntos Penitenciarios en el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del pasado mes de septiembre, habría que señalar: un descenso importante en la prevalencia de infección por virus VIH entre las personas que cada año ingresan en prisión; entre las ingresadas por primera vez, el porcentaje de infectados ha pasado de un 12,7 en 1989 a un 9,7 en 1992. Una ligera reducción de consumidores de droga por vía parenteral; el 28,1 por ciento en 1989 frente al 26,1 en 1992 de los ingresados por primera vez. Una prevalencia de infección por VIH entre los usuarios de droga por vía parenteral; el 44,3 por ciento en 1992, once veces superior que entre los no consumidores, que era el 4 por ciento. Una prevalencia de infección por VIH más alta entre las mujeres que entre los varones. Una incidencia de casos de sida en aumento; de tres casos por mil internos en 1989 se ha pasado a 5,4 por mil internos en 1991. Las características de los casos son similares a las del conjunto de casos a nivel nacional, salvo que, en prisión, el 91 por ciento de ellos corresponde a usuarios de drogas por vía parenteral, colectivo sobrerrepresentado en el medio penitenciario frente a la población general.

El segundo verbo al que hacía antes referencia es el de atender, el de cuidar. La asistencia es, obviamente, otra obligación esencial e ineludible de la autoridad sanitaria. Pienso que la asistencia reposa sobre un trípode cuyas columnas son la clínica, la farmacia y la investigación.

Concedemos a la clínica una importancia extraordinaria, fundamental. Nada, absolutamente nada puede hacerse sin contar con los profesionales que, día a día y superando enormes dificultades, están en primera línea. Yo ahora, desde aquí y en nombre del Ministerio de Sanidad y Consumo, me honro en rendirles público homenaje y profunda gratitud como ciudadano y como Secretario General de Salud, porque sólo con ellos podremos llevar a la práctica la adecuada planificación de la atención médica y social de los que han adquirido y desarrollado la enfermedad en la perspectiva de poder asumir sanitariamente la futura demanda.

El sida es una enfermedad que alguien llamó de *bata blanca*, es decir, en la que necesitamos al médico y a la enfermera, al personal sanitario, en suma, en su versión

más tradicional, más humana y más cercana al enfermo.

Antes refería que el patrón epidemiológico del síndrome en nuestro país está vinculado, mayoritariamente, al consumo de drogas por vía parenteral. Esto nos da un perfil especial de los enfermos. Son personas con un problema de desarraigo importante, y con unas dificultades de relación extraordinarias, que requiere un trato humano y mucha dedicación.

Por otra parte, el peso asistencial de estos enfermos ha recaído en la asistencia especializada de los hospitales. Los servicios de enfermedades infecciosas y de medicina interna se han volcado en este problema, saliendo, en algunos casos, al exterior, para realizar la atención domiciliaria. En una encuesta realizada en 33 hospitales del Insalud se recoge que un 61 por ciento de los pacientes atendidos en las unidades VIH-sida son seropositivos con seguimiento, sin AZT; el 33 por ciento son seropositivos en tratamiento, y el 15 por ciento son pacientes con sida.

Podemos decir que la asistencia ofrecida a los enfermos de sida y problemas asociados es de buena calidad, lo que no obsta para reconocer que es posible, y debe intentarse, un ajuste sobre los aspectos asistenciales del sida, particularmente en la implicación de la atención primaria en este problema y, en general, en la normalización de la asistencia a los pacientes con VIH positivo.

Es necesario protocolizar el tratamiento y los cuidados en todo el territorio, a través de la coordinación y la complementariedad de los dos niveles de atención a la salud. Pero alguien debe responsabilizarse de todo el proceso y para ello se ha creado la figura del coordinador hospitalario, a quien corresponde la elaboración de protocolos que permitan una adecuada atención médica y de enfermería, la formación continuada del personal, la promoción de proyectos de investigación clínica, clínico-terapéutica y conductual, evaluando los costes, coordinando todas las unidades y servicios hospitalarios que intervengan en el proceso e interrelacionándose con el primer nivel de atención.

La atención primaria, por su parte, se encargará de la educación sanitaria, del diagnóstico de la infección y de la evaluación y seguimiento clínico de enfermos, profilaxis de infecciones oportunistas, atención domiciliaria a terminales, etcétera. La atención primaria tiene que ir jugando un papel cada vez más importante en la atención y cuidado a los enfermos de sida y para ello la formación de sus profesionales resulta de una importancia clave.

Por su parte, el tratamiento farmacoterapéutico de los enfermos de sida abarca tanto los medicamentos antivirales específicos como los utilizados en la infección primaria de infecciones oportunistas. Ningún medicamento específico y de eficacia probada, que exista o pueda existir en el futuro, dejará de estar públicamente financiado. La solidaridad de la sociedad española se fragua en enfermedades como el sida; su utilidad excede al propio enfermo, beneficia a toda la sociedad.

Hecha esta declaración de garantía de los derechos de los pacientes, es preciso, señorías, tomar conciencia del

coste de la prestación farmacéutica a enfermos y seropositivos.

En terapéutica antirretroviral, la FDA viene recomendando tratar con zidovudina, AZT, a todos aquellos pacientes que, siendo VIH positivos, tengan una cifra de linfocitos CD4 inferior a 500 por milímetro cúbico, sin síntomas, además, por supuesto, de todos aquellos que ya han desarrollado el sida. Igualmente se está empleando el DDI, didanosina, y el DDC, dideoxicitidina, en el tratamiento de estos enfermos y, en determinados supuestos, una terapia combinada.

Teniendo en cuenta los precios actuales del AZT y los previsibles del DDI, el coste por paciente y día puede estimarse entre 1.000 y 2.000 pesetas para AZT y entre 500 y 1.000 pesetas para DDI. Esto supone un coste medio anual de 300.000 pesetas por paciente y año, como mínimo. El número de pacientes susceptibles de tratamiento puede situarse entre 30.000 y 40.000, correspondientes a 10.000 enfermos y entre 20 y 30.000 seropositivos, con cifra de linfocitos CD4 inferior a 500.

Quiere ello decir que, de acuerdo a estos factores, el gasto en terapéutica antirretroviral para 1993 puede estimarse entre 9.000 y 12.000 millones de pesetas. Los datos que acabo de indicar a SS. SS. están calculados de acuerdo al coste resultante de su dispensación en las farmacias hospitalarias. Si se dispensara en oficinas de farmacia habría que incrementar el gasto en un 66,9 por ciento, como consecuencia del margen de mayoristas más el margen de las oficinas.

Por otra parte, los pacientes VIH positivos y especialmente los que ya han desarrollado la enfermedad son tributarios de múltiples terapéuticas complementarias para tratar los episodios infecciosos que jalonan la evolución de la enfermedad. Resulta muy difícil estimar el gasto de este tipo de tratamientos que, por lo general, se hacen a nivel hospitalario, ya que cuando el paciente tiene un episodio infeccioso es ingresado. Como aproximación puede estimarse que, por término medio, cada paciente puede gastar anualmente en este tipo de medicamentos una cantidad similar a la gastada en terapéutica antirretroviral. Esto significaría, de nuevo, una cifra de entre 9.000 y 12.000 millones al año.

Estamos pues, señorías, en un gasto de entre 18.000 y 24.000 millones de pesetas, durante 1993, sin incluir, por ejemplo, los gastos de personal, material fungible, etcétera. Debemos, por tanto, poco a poco y con el esfuerzo de todos, abocar en una conferencia de consenso que concluya la protocolización farmacéutica de esta patología.

La tercera columna sobre la que reposa el trípode asistencial es la investigación. Huelga decir que, para vencer la enfermedad, es el factor estratégico por excelencia. En los márgenes de nuestras posibilidades debemos consolidar y reforzar los recursos asignados a investigación, tanto en el ámbito nacional como en el seno de la Comunidad Europea. El Fondo de Investigación Sanitaria está financiando, durante 1993, cincuenta proyectos de investigación relativos a distintos aspectos de la infección por VIH, del desarrollo del sida y de las complicaciones de esta enfermedad. Los proyectos se desarrollan en las

comunidades autónomas de Cataluña, 25; Madrid, 12; Andalucía, 4; Castilla y León, 4; Cantabria, 2; Comunidad Valenciana, 2; Asturias, 2; Baleares, 1; Aragón, 1, y Castilla-La Mancha, 1.

La investigación europea sobre sida, en la que participan el Instituto de Salud Carlos III y numerosos centros asistenciales del Sistema Nacional de Salud, abarca las áreas de control y prevención de la enfermedad, de investigación viroinmunológica, de investigación clínica y de investigación para el desarrollo de la vacuna.

En fin, señorías, es elevada nuestra participación en proyectos de la Comunidad Europea, pese a lo cual creo que todavía puede -y en eso estamos- ser ampliada.

El tercer verbo era conocer. Además de prevenir informando y de atender y cuidar, en la triple vertiente que acabo de explicar, es preciso conocer la realidad. El conocimiento epidemiológico de la enfermedad es una herramienta de trabajo fundamental que urge perfeccionar al máximo. Este área, sin duda, quedará reforzada en la estructuración del Plan Nacional sobre el Sida, que trataré a continuación.

Es necesario mantener el seguimiento y análisis de los datos existentes en el Registro nacional de casos de sida, así como establecer los criterios que deban presidir la realización de marcadores serológicos de infección por VIH, respetando la confidencialidad y el anonimato.

El cuarto verbo es sistematizar. Pretendemos, por último, sistematizar los esfuerzos destinados a la prevención, la asistencia y el conocimiento. Convertir el tratamiento del sida en un tratamiento normalizado como aquel que puede caracterizar a cualquier otra enfermedad. Consideramos saludable despojar al sida de la enorme carga emotiva, e incluso de sacrificio, que comporta su asistencia. Toda estructura sanitaria debe ser funcional y efectiva, al margen del voluntarismo, por restabilísimo que éste sea. La normalización total de la asistencia debe ser, a corto plazo, uno de los objetivos prioritarios de toda la política sanitaria respecto al sida.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, a la luz de los datos que conocemos de la realidad y que les he comentado, así como de las tendencias a nivel internacional y las recomendaciones de los organismos internacionales, está convencido -y seguro de compartirlo con SS. SS.- de la necesidad de reforzar la estrategia de la lucha contra el sida.

En este tema, como en otros que afectan seriamente a la salud, no caben actitudes complacientes ni de excesiva confianza. Se han conseguido cosas pero nos queda mucho todavía por hacer. El problema del sida nos afecta a todos, cada vez más a todos, según los datos que antes les comentaba, y solamente entre todos lo podemos afrontar eficazmente.

Recientemente, en una publicación del Instituto Pasteur, el Profesor Luc Montaigner, descubridor del virus del sida, afirmaba lo siguiente: La mitad de las personas con riesgo de morir de sida a finales de los años noventa, que desgraciadamente serán muchas, no están aún contaminadas por el virus. Nuestro deber es claro: evitar que

estas personas contraigan la enfermedad y mueran por ignorancia.

Estamos hablando, señorías, de un problema serio de salud pública y no de un problema ideológico. Haríamos, por tanto, un flaco favor a su solución si lo afrontamos desde la confrontación y no desde el acuerdo, como se está tratando en los países que mejor están liderando la estrategia de lucha contra el sida, como está haciendo el Ministerio de Sanidad y Consumo con todas y cada una de las diecisiete comunidades autónomas, independientemente del color político de su Gobierno. De lo que se trata es de sumar y no de restar, de unir esfuerzos y actuaciones, de coordinar, de conseguir sensibilizar y movilizar tranquilamente, serenamente, al conjunto de la sociedad en la información y prevención de la enfermedad, en la atención y cuidados a los afectados y en la lucha contra discriminación.

Les decía que seguro que compartirían conmigo la necesidad de intensificar y reforzar las actuaciones en relación con el sida.

En esa dirección hay que entender algunas de las medidas tomadas por el Gobierno en los últimos tiempos: El Real Decreto por el que se determina la composición y funcionamiento de la Comisión nacional de coordinación y seguimiento de programas de prevención del sida; la circular de la Dirección General del Insalud, creando en sus hospitales la figura del coordinador VIH-sida en agosto de 1993; la dinamización y trabajo de los subcomités de asistencia y formación, investigación y epidemiología, durante el primer semestre del año 1993, con la producción de acuerdos importantes sobre temas como la nueva definición de caso, el nuevo formulario para la notificación de casos de sida, el documento de norma de normas de bioseguridad en centros sanitarios, así como el documento de consenso sobre la ordenación de servicios para la atención sanitaria al paciente con infección por el VIH. Y, finalmente, el nombramiento del nuevo responsable del Plan Nacional del Sida, así como el refuerzo de la estructura y los recursos humanos del Plan en septiembre de 1993.

A continuación, señorías, desearía, muy brevemente, hacerles partícipes de algunas de las actuaciones previstas para el inmediato futuro, con ningún prejuicio cerrado o excluyente sino con la convicción de ser algo que, sin duda, será enriquecido con sus aportaciones: La puesta en marcha del Consejo Asesor Clínico de la Comisión Nacional, con el objetivo de consensuar las bases de la protocolización de la asistencia a los enfermos de sida y seropositivos; la convocatoria de la reunión de coordinadores o responsables de sida de las comunidades autónomas, con la finalidad de relanzar su funcionamiento y sentar las bases de una mejor coordinación de las actuaciones entre la Administración General del Estado y las de las comunidades autónomas; la convocatoria de la Comisión nacional de coordinación y seguimiento de programas de prevención del sida, con el objetivo de impulsar la coordinación y actuación intersectorial en temas de sida entre los diferentes ministerios de la Administración General del Estado, las comunidades autóno-

mas, los consejos generales de las profesiones sanitarias y las organizaciones no gubernamentales; la promoción y coordinación de la campaña de comunicación en relación con el día mundial del sida; que se celebra el 1 de diciembre, con el objetivo de sensibilizar e implicar a la sociedad, hacer llegar a ésta, y particularmente a los grupos más vulnerables, las medidas preventivas y movilizar recursos humanos y financieros en la lucha contra el sida y la puesta en marcha, de una manera consensuada con las comunidades autónomas y los profesionales implicados, de la nueva definición de casos y formulario para la misma con efectos 1 de enero de 1994.

Estas son algunas de las actividades previstas en el corto plazo. Desde hoy, me comprometo ante ustedes a volver a esta institución parlamentaria en el plazo de unos meses para traerles la propuesta del plan de acción del Plan nacional del sida para el próximo trienio.

Como conclusión, les diría que el sida es una enfermedad grave, pero sabemos cómo atajarla y queremos hacerlo. No es un problema de unos grupos más o menos marginales sino del conjunto de la sociedad y solamente entre todos seremos capaces de encararla con éxito. Su solución, como problema social, compromete a toda la sociedad, sociedad de la que ustedes, señorías, son los más altos representantes.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Gutiérrez Morlote.

¿Grupos que desean intervenir? (**Pausa.**) Por el Grupo Catalán, Convergència i Unió, tiene la palabra el señor Hinojosa.

El señor **HINOJOSA I LUCENA**: Quiero agradecer al señor Secretario General de Salud, don Jesús Gutiérrez, su comparecencia, su documentada explicación, y hacer un par de comentarios.

De su exposición se deduce que, desgraciadamente, somos líderes en este tema, líderes europeos en sida, y, aunque lo atempera usted en la explicación que da más tarde, no deja de ser preocupante que sus previsiones sean un crecimiento de hasta un 50 por ciento de las personas implicadas en este problema.

En su exposición hay un dato que me gustaría resaltar, porque parece que es un porcentaje perfectamente evitable: ese 2 por ciento de contaminados a través de transfusiones sanguíneas. Es un problema que ha afectado a nuestro país, concretamente a la comunidad de la que yo procedo, de una manera dura, de una manera hiriente, pero que se puede seguir produciendo si no atajamos la posibilidad de la contaminación a través del plasma.

Hoy hemos sabido que un país tan adelantado, iba a decir perfecto pero pongámoslo entre comillas, como Alemania se ha dedicado a vender plasma dentro y fuera de su país sin el menor control, sin hacer ninguna prueba respecto al sida. ¿Quién nos dice que no tenemos plasma de esta procedencia? Espero que usted me aclare que lo compramos en otro sitio, que no es procedente de Alemania, porque, si estuviésemos comprándolo allí, habría

que dictar una instrucción para que se analizase a fondo.

Otro problema sobre el que le quería preguntar, aunque ha hecho una referencia a él, es el de la investigación. No le hablaré de la prevención, porque usted la ha resalado y todos estamos de acuerdo en que es lo más importante. Toda la política de prevención es vital y toda la colaboración posible en esa línea entre las comunidades autónomas y el Estado será poca. He de confesarle (y en este momento no se lo digo como crítica, porque no conozco el dato) que en una determinada época teníamos graves problemas para desarrollar los programas de investigación en Cataluña, los que se nos había encargado y los que se hacían por propia iniciativa, por falta de recursos, lo cual supongo que pasa también en otras comunidades.

Quería saber qué estamos gastando en investigación en España y fuera de España, porque supongo que también somos colaboradores de programas de investigación fuera de España. Qué recursos estamos empleando en ello.

Nada más, señora Presidenta. Lamento que no haya unos visos futuros de reducción sino el aviso del incremento de esta enfermedad.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Popular, tiene la palabra el señor Robles.

El señor **ROBLES OROZCO**: Gracias, señor Secretario General, por su exhaustiva y detallada información que arroja algo más de luz sobre lo que es el llamado plan del sida, que, como supongo que usted conocerá, para nosotros, de entrada, adolece de algunas cosas muy importantes para que pueda ser considerado, efectivamente, como un plan nacional contra el sida. Creo que ha hecho un esfuerzo por informarnos y por darnos detalles de cuál es la situación actual, cosa que le agradezco, porque me parece que es un punto nuevo y positivo con respecto a comparecencias de anteriores responsables, directos o indirectos, del Plan, en la Comisión de Política Social, que era la que asumía antes estas competencias.

Quiero decir esto también como referencia al comienzo de su intervención. Qué duda cabe de que, en temas tan serios como éste, la petición de serenidad y la petición de acuerdos es, lógicamente, atendida, y usted lo conoce bien, porque los responsables de otras comunidades autónomas del partido al que nosotros pertenecemos desarrollan un trabajo serio y coordinado en esa misma dirección. Lo que sucede es que el no introducir el debate político debe ser entendido de muchas maneras. Por supuesto, no hacer bandera política de un tema de salud pública tan importante es una cuestión obvia, pero no producir el debate político en los foros en que ha de hacerse y con la celeridad que debe hacerse, también tiene efectos negativos muchas veces sobre la eficacia de las acciones que las administraciones, todas, deben emprender.

En ese sentido es en el que nosotros, una y otra vez, vamos a incentivar y a pedir información a la Administración, para que todos seamos más eficaces en la lucha contra el sida. Algún otro responsable, que ocupaba el

mismo puesto que ocupa usted en este momento, también informándonos sobre el sida en esta Comisión, a mi juicio, no sólo intentó minimizar, en su momento, aspectos importantes de la pandemia, sino que incluso, claramente, jugó a la desinformación, como ya tuve ocasión de decir en una reunión posterior de la Comisión. Y ése no es un buen ejemplo de cómo abordar la política de acciones eficaces contra el sida. No quiero volver sobre el tema, porque ya lo hablamos en la Comisión, pero me parece que decir las cosas con toda la profundidad y la gravedad que tienen nos ayuda a todos a tener un análisis serio y realista de la situación y, por lo tanto, a poder afrontar eficazmente las acciones.

Me alegro de que, por primera vez, se nos hable con absoluta claridad hasta de las previsiones nada halagüeñas que hay de esta situación y que, incluso, no solamente usted, sino el nuevo Secretario del Plan (que, por cierto, aprovecho para felicitarlos de su nombramiento, porque es una vieja petición de este Grupo que se cubriera esa vacante, que llevaba bastantes meses sin hacerse), en una entrevista que ha concedido a un diario madrileño, diga cosas en la línea de lo que usted hoy apunta aquí. Viene con ello a dar la razón a algunos grupos de esta Cámara que hemos venido pidiendo, primero, una información constante y exhaustiva; segundo, la información correcta en toda su dimensión, para poder abordar, como digo, esos programas. Hace un análisis crítico, que creo que es fundamental para poder redefinir lo que va a ser el plan nacional del sida.

El nuevo responsable, señor Artundo, dice que hay que mejorar ciertas cosas y que las campañas de información han sido poco eficaces, que no se ha acertado en los impactos sobre determinados colectivos. Da toda la importancia que durante algunos meses dimos al aumento del número de enfermos en la población heterosexual y que fue minimizado en algunas comparecencias en esta Cámara. Alerta sobre la importancia que supone el trabajo de las organizaciones no gubernamentales y también sobre un fenómeno importante que parece que está surgiendo, y del que me gustaría que usted nos hablara: conflictos entre determinados colectivos que están trabajando en el mundo de la lucha contra el sida. Hace, por ejemplo, una afirmación clara: Es verdad que parece ser que las pautas de uso de determinadas drogas por vía parenteral están, poco a poco, cambiando, pero no las pautas de conducta sexual entre este mismo grupo de riesgo, lo que significa que, por lo tanto, el riesgo, aunque sea por otra vía de contagio, prevalece.

Todo esto, a mi juicio, lo que hace es dibujar la situación. Ahora de lo que se trata es de ver qué es lo que ha fallado en nuestro ámbito que pueda ser mejorado, para afrontar el plan en el próximo trienio en la línea que usted ha dicho.

El hecho de estar a la cabeza del sida en Europa, que no es, desde luego, ningún «ranking» deseable, tiene que ser analizado desde otro punto de vista, comparando lo que ha sido la evolución europea. España ha ido escalando puestos, hasta alcanzar la cabeza, mientras que otros países, en los que también ha ido aumentando el número

absoluto y porcentual de sida, han ido corrigiendo determinados grupos de riesgo. Usted mismo nos ha dado los datos. Por ejemplo, en el grupo de consumo de drogas vía parenteral hemos arrancado de un treinta y tantos por ciento y estamos en el sesenta y muchos por ciento. En el caso de la transmisión heterosexual, hemos ido de un escaso uno por ciento al 7 por ciento; en el del sida pediátrico, exactamente igual. Estamos a la cabeza de Europa en estos casos. Mientras tanto, países de nuestro entorno europeo, aunque no sean Francia, Portugal o Italia, de costumbres más mediterráneas, Alemania y el Reino Unido, han disminuido, por ejemplo, el del grupo de la vía de transmisión de drogas o de uso parenteral, han contenido el sida pediátrico o han mejorado en aspectos de información sobre determinados colectivos. Y en esa línea es en la que yo creo que nosotros deberíamos plantearnos nuestra propia estrategia de futuro.

Usted nos ha aportado algunos puntos de lo que van a ser las líneas generales, y a mí me parece, con todos los respetos, señor Secretario General, que están bien, que realmente es un paso importante que se quiera impulsar definitivamente el plan y se le dote con una secretaría, pero creo que hay un exceso de voluntad coordinadora y un defecto de acciones concretas.

Nos ha dicho usted que está dispuesto a venir en una próxima comparecencia a explicarnos ese plan trienal; yo esperaba que la comparecencia de hoy fuese precisamente para conocer ese plan trienal, porque, siendo bueno que exista una voluntad por parte de la Administración de coordinarse con el resto de las administraciones, consejos y profesionales, creo que estamos en una fase en la que hay que pasar de la coordinación y de las comisiones, cuanto antes, a los programas y a las acciones concretas.

En la última comparecencia del entonces responsable de la Secretaría de Salud, se nos anunció una serie de medidas, como era una campaña destinada a la población juvenil entre doce y quince años, que desconozco que se haya producido; una campaña en instituciones penitenciarias, que desconozco que se haya producido; un material que estaba confeccionándose para distribuir en las escuelas a través de los programas de educación para la salud de la Logse, que desconocemos en qué fase se encuentra. En definitiva, se nos dijo que se iba a intentar adaptar una campaña a esos colectivos de riesgo específicos que necesitaban un impacto diferente al que se está utilizando, a través de los medios de comunicación, para la población general. De todo eso es de lo que hoy nos gustaría conocer la situación, porque se hacen estudios y análisis, se vuelve a plantear las definiciones, pero, año tras año o comparecencia tras comparecencia, vemos con inquietud el aumento de los porcentajes, se nos vuelve a anunciar campañas y medidas de coordinación, pero no vemos que haya realmente un análisis de las medidas anteriores, cómo han sido de eficaces, y qué acciones concretas se van a desarrollar en este momento para atender este problema.

Como sabe usted también, al final de la anterior legislatura nosotros presentamos en el Pleno una interpelación que se debatió y que dio lugar a una moción; creo

francamente que sigue vigente y no voy a recordarla, pero me parece que es un punto de partida para buscar acuerdos y puntos de coincidencia a la hora de abordar el problema del sida. Qué duda cabe que las acciones preventivas, no solamente informativas, sino a nuestro juicio también formativas, son pieza fundamental y de arranque de esta campaña. Y permítame que le diga que para nosotros tiene una especial importancia concebir estas campañas no como una acción coyuntural y concreta del momento. Es verdad que en instituciones penitenciarias se han repartido folletos hace unos años y que se distribuye el «kit» sanitario, pero son poblaciones que necesitan una acción muy constante y permanente, precisamente porque son muy especiales y quizá el impacto dura poco, por decirlo de forma muy llana. Hay que hacer una labor constante y permanente de formación para que tenga prevalencia sobre ese tipo de poblaciones, y lo mismo sobre colectivos de prácticas de prostitución o de otro tipo de consumos. Recuerdo que fue uno de los argumentos que dio la anterior Ministra de Asuntos Sociales cuando hablaba, por ejemplo, de campañas de información sobre prevención de embarazos. Decía que la población se rejuvenece constantemente y que se incorporan continuamente nuevos colectivos de jóvenes, año tras año, que necesitan, por tanto, que estas campañas se reactúen de forma permanente. Eso es lo que yo no sé si estamos haciendo o si nos hemos conformado con hacer en un momento determinado unos impactos informativos muy agresivos y después no se ha mantenido el esfuerzo de una forma permanente.

Para nosotros, la campaña, entendida en ese aspecto de formación constante y permanente, es el punto de partida. Y debe ser especializada; usted lo ha dicho y nosotros lo compartimos. Hay que distinguir la población general de las poblaciones que necesitan unas acciones específicas.

Creo que después quedan temas tan importantes como son las redes de atención domiciliaria y la atención a personas con desarraigo social, es decir, personas que están también en fases terminales; se está hablando de la posible excarcelación de personas con sida terminal. Yo creo que ahí hay, por tanto, un campo importante para poder cubrir esas necesidades que no son ni siquiera sanitarias, sino que son más bien de asistencia social.

Se nos confirmó por el anterior Secretario de Salud que, en Instituciones Penitenciarias, era un porcentaje muy pequeño el que estaba recibiendo tratamientos con antirretrovirales. Yo creo que el hecho de que una persona esté privada de la libertad no significa que pueda estar privada de la salud y creo, por tanto, que en ese ámbito también convendría hacer un esfuerzo importante.

Qué duda cabe que el tema de las indemnizaciones a los colectivos que han sufrido o bien transfusiones o bien hemoderivados sigue siendo para nosotros importante, porque, aunque hemos aprobado en esta Cámara la habilitación de créditos, desconocemos cuáles han sido los términos de la negociación. Como creo que recordarán SS. SS., nosotros condicionamos esta habilitación, porque hubiéramos dado nuestro apoyo, en todo caso, que fue, como ustedes recordarán, una de las iniciativas que

tómamos, pero nos gustaría tener una información constante de cómo se están articulando las indemnizaciones a estas personas; si se está tratando de igual manera a los transfundidos que a los que han recibido hemoderivados; es decir, si hay un plan de tratamiento asistencial también a sus familias, en un tiempo. Nos gustaría, por tanto, recibir información.

Como digo, la moción sigue pendiente. Nuestras opiniones son conocidas. Los temas en los que podemos coincidir son muchos. Probablemente, la definición que usted hoy ha hecho aquí de la situación y de los análisis, insisto, nos complace, pero dudamos de si se ha hecho también un análisis crítico de cuáles han sido las acciones anteriores, que me parece punto obligado de partida. Sobre todo nos gustaría invitar a que pasáramos un poco de los pronunciamientos a las acciones concretas, a un proyecto concreto de actividades y de programas, porque como usted también ha dicho el tema se nos está desbordando a un ritmo realmente escalofriante. Hoy, por primera vez, hemos escuchado aquí la cifra de las 50.000 personas que probablemente puedan estar en tratamiento en un período de tiempo muy limitado, si no es que lo están ya, y si hacemos una proyección estadística de lo que en este momento puede ser el número de seropositivos en nuestro país y sobre la tasa de aparición del sida, el sistema sanitario se va a encontrar, en un período de tiempo corto, con un problema realmente importante.

Yo no sé si en ese sentido también se han dado los pasos suficientes como para que la atención hospitalaria y la atención primaria encuentren definitivamente sus respectivos marcos de actuación, porque de la atención primaria se nos ha hablado repetidas veces —hoy lo ha hecho usted—, pero tengo la sensación de que todavía no está involucrada de forma real en este problema.

Para terminar y no alargarme, decirle que en el clima que usted ha expuesto nos vamos a encontrar, pero que nosotros entendemos el debate político de esta manera: espoleando a la Administración, buscando mayores cotas de eficacia y prestando, en el fondo, un servicio a estas personas y también a toda la población en general que necesita cauces de prevención y de información quizá más eficaces de los que hasta ahora hemos tenido.

Muchas gracias por su información, y esperamos a futuras comparecencias para conocer profundamente lo que es el programa trienal que usted nos ha anunciado.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra el señor Gimeno Ortiz.

El señor **GIMENO ORTIZ**: Gracias, señora Presidenta.

En primer lugar, agradecer, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista, la presencia del Secretario General de Salud, el doctor Gutiérrez Morlote, en esta Comisión de Sanidad y Consumo, donde nos ha expuesto la situación actual de infección VIH (sida) en España, las líneas futuras de actuación del Departamento que, en realidad han sido los dos pilares sobre los que se ha basado su disertación.

En segundo lugar, desearía expresar que nuestra petición de comparecencia se explica teniendo en cuenta las características de esta virosis, tanto desde el punto de vista epidemiológico, clínico y de prevención en el momento actual, como por la repercusión sanitaria y social, factores estos que entendemos que obligan a que las acciones de política sanitaria no puedan ser inmutables sino que, por el contrario, tengan que estar caracterizadas por una permanente vigilancia, intervención y adaptación a las diversas circunstancias, a la luz de las características epidemiológicas que se vayan desarrollando, a la luz de los avances en la investigación, conductas o actitudes sociales, etcétera.

Por tanto, en esta línea, las futuras acciones del Ministerio que ha expuesto el Secretario General nos parecen acciones concretas puesto que incorporan criterios técnicos y políticos que, a juicio del Grupo Parlamentario Socialista, pueden contribuir a la mejora —como usted ha expresado— tanto del conocimiento de la propia enfermedad y su evolución, y, en consecuencia, de la información que demos a la población en general, como en la asistencia de enfermos e infectados, finalizando, por ejemplo, con una mejor coordinación con las distintas administraciones sanitarias y con las distintas instituciones implicadas en el tema. En este sentido, la incorporación de los equipos de atención primaria para el seguimiento de los enfermos —usted ha citado también la labor de educación sanitaria, etcétera, de estos equipos—, nos parece acertada y factible; y nos parece factible por dos razones fundamentales en el momento actual: en primer lugar, porque existe una cobertura poblacional importante atendida por los equipos de atención primaria. En segundo lugar, por la experiencia adquirida en el abordaje de los conocimientos sanitarios y sociales de la enfermedad. Igualmente, por ejemplo —como también citó ya la señora Ministra—, el establecimiento de un plan de acción conjunta con el Plan Nacional contra la Droga nos parece sumamente acertado, pues no podemos olvidar —como usted muy bien ha expuesto— que la infección VIH sida se asocia al consumo de drogas por vía parenteral, concretamente el 66,2 por ciento, sumando el 64 por ciento que usted ha citado con el 2,2 que tienen dos prácticas de riesgo simultáneas, a lo que hay que añadir que es el colectivo donde aparece un mayor número de seropositivos y su implicación en el sida pediátrico.

Igualmente, la oferta permanente de diálogo que como política del Ministerio usted ha ofrecido con otras instituciones, y muy especialmente con las comunidades autónomas, nos parece fundamental y posiblemente permitirá continuar adoptando acciones prioritarias por consenso. Gracias a esta política de coordinación y gracias a esta política de apoyo técnico del Ministerio con las comunidades autónomas, sí podría decirle —y hablo por experiencia personal por haber sido responsable de la sanidad en el Gobierno de la Comunidad Autónoma de Extremadura durante más de diez años—, que es factible incardinar la atención primaria en la prevención de la drogodependencia. Es decir, desde el inicio, el programa de prevención y de lucha contra el sida en Extremadura

se incardinó en el programa de lucha contra la drogodependencia incorporando recursos del tipo de la atención primaria: profesionales que no dependían directamente por no ser funcionarios de la comunidad autónoma y sí del Ministerio, servicios sociales de base y, lógicamente, los centros de diagnóstico y tratamiento contra la drogodependencia.

En realidad, esta iniciativa conjunta que tomamos con el Ministerio fue anterior a la cumbre mundial de Ministros de Sanidad y al Consejo de Ministros de Sanidad de las Comunidades Europeas que, como saben, se celebró en el año 1988, donde manifestaban que la orientación de los programas de prevención del sida debía estar íntimamente ligada a la lucha contra el tráfico ilícito de drogas y al control de la infección por VIH en este colectivo. Por tanto, esto demuestra que sí es factible ir avanzando en la incardinación de la atención primaria en las misiones que usted le encomendaba.

Igualmente, valoramos muy positivamente, entre las medidas que usted ha expuesto de acciones concretas, el mantenimiento de la financiación pública de los tratamientos aplicables a los enfermos infectados del sida como política de solidaridad, pues no podemos olvidar que frecuentemente se trata de una población que no siempre puede asumir el coste de estos tratamientos, precisamente incidiendo en lo que usted había dicho de problemas de desarraigo, etcétera. Hay una cifra importante, que creo que citó usted, del tratamiento de los retrovirales más las infecciones oportunistas que está entre los 18.000 y los 24.000 millones de pesetas.

Igualmente, el Grupo Parlamentario Socialista comparte acciones concretas que usted ha expuesto, empezando por aspectos de normalización o protocolización de la asistencia en el tratamiento de los enfermos, pasando, por ejemplo, por el reforzamiento de los recursos asignados a I+D en este campo, y finalizando con el establecimiento de criterios para la realización de pruebas de «screening», que nos parecen medidas concretas, incluso medidas normativas como la figura del coordinador, etcétera. Todo esto nos parecen acciones concretas de política sanitaria en el tema del sida, aun cuando esto no quiere decir que no puedan ampliarse.

Si me permiten, en este momento quisiera hacer dos reflexiones sencillas. La primera es que quizá podría ser interesante, al menos podría estudiarse, que la información con respecto a los casos de sida en el registro se tratase de la misma forma que se hace con otras patologías, en el sentido de que, junto al indicador de la incidencia acumulada desde el año 1981, en el futuro se pueda ir incrementando con otros indicadores de análisis que nos permitiesen, conjuntamente con el de la incidencia acumulada, valorar la evolución temporal de la enfermedad y la carga para el Sistema Nacional de Salud, desde permanencias, mortalidades brutas, ajustadas, etcétera.

La segunda reflexión sería la relativa a la conveniencia de modificar el flujo de información promocional que cada vez más, el público en general, los médicos y los farmacéuticos, reciben acerca de los fármacos que vul-

garmente se denominan antisida. Posiblemente, en este sentido podría ser interesante en un futuro, lógicamente hablando, establecer instrumentos que facilitasen las revisiones de los ensayos clínicos, la difusión de los mismos, quizá la verificación terapéutica, incluyendo abandonos e incumplimientos de tratamientos; lo digo porque lógicamente tratándose de los colectivos afectados y de la propia característica de la zidovudina, tendrían que darse abandonos e incumplimientos y, lógicamente, habría que ir estudiando o diseñando estudios de futuras resistencias, etcétera, que podrían tener cabida en el futuro dentro de las comisiones técnicas a las que usted aludía y de las que he tomado nota; por ejemplo, dentro del propio consejo asesor clínico.

En cualquier caso, me gustaría formularle algunas preguntas. Una de ellas está relacionada con lo que ha aparecido en los medios de comunicación. Quisiera saber qué información tiene el Ministerio con respecto al investigador que, en rueda de prensa, a través de los medios de comunicación, dijo que se había inoculado sangre seropositiva, según dice él, parece ser que con la idea de poner en duda la etiología de la enfermedad. Creo que este tipo de informaciones, y otras que aparecen con una falta de rigor científico importante, deberían obligar al Ministerio y a los medios de comunicación a hacer una reflexión conjunta (la dificultad estaría en cómo se hace esa reflexión y qué medidas se toman), de forma que se impidiera el aumento de ansiedad en los enfermos, en la familia, etcétera, máxime cuando creo que, desde el punto de vista de la salud pública, sobre todo en esta enfermedad, el sida, la principal arma es la información, los medios de comunicación, radio, televisión, etcétera, que deben ser los grandes aliados de la administración sanitaria y de los profesionales.

Quisiera, si es posible, que usted incidiera un poco más en el sentido de que desde que se describió el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y a efectos de vigilancia epidemiológica, la definición de casos de sida ha sufrido modificaciones. Acaba usted de mencionar que a partir del 1 de enero de 1994, creo, va a entrar en funcionamiento una nueva definición de casos de sida. En este sentido, quisiera preguntar las razones de esta nueva modificación y los efectos que prevé que producirá con respecto a la situación de la enfermedad.

Tercera pregunta. Usted ha hablado de que se va a hacer la normalización con respecto a la protocolización de la asistencia, pero quisiera que nos informara sobre si se va a incluir también, dentro del Plan Nacional de Sida, algún tipo de recomendación, protocolización o normalización de actuación en quimioprofilaxis en aquellas personas seropositivas pero sin presencia todavía de síntomas o síntomas de enfermedad.

Igualmente le preguntaría, porque no lo he entendido, sobre la figura del coordinador, que al Grupo Socialista le parece fundamental para coordinar acciones. Puesto que va a darle una función nueva a la atención primaria dentro de esta ordenación del servicio para la asistencia sanitaria ¿cree conveniente la apertura de consultas (no de camas) en los hospitales de área a efectos de, por lo

menos, coordinar mejor la acción que tienen que desarrollar los equipos de atención primaria dentro de su demarcación territorial? Igualmente le pediríamos que nos comentara un poco más la alternativa de apoyo que ha citado de la atención domiciliaria.

Por último, nosotros pensamos que determinados grupos sociales realizan un papel fundamental en determinados tipos de patologías con un importante componente social. Quisiéramos preguntarle, en definitiva, qué medidas piensa adoptar para fomentar la actividad de este tipo de organizaciones.

La señora **PRESIDENTA**: Vamos a dar la palabra al señor Secretario General de Salud para responder o aclarar algunas de las cuestiones que han planteado los distintos portavoces.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SALUD** (Gutiérrez Morlote): Realmente va a ser difícil dar respuesta puntual a todo lo que se ha preguntado porque, sin duda, son un número importante las preguntas que se han formulado. Aunque sea ocioso decirlo por mi parte, estoy a su entera disposición, aquí y fuera de aquí, para responder acerca de los aspectos que les parezcan a SS. SS. que han sido insuficientemente respondidos.

Creo que sí ha habido una coincidencia, que les agradezco, en cuanto a que en esta comparecencia hemos dado un número importante de datos acerca de la realidad del sida y de su evolución. Evidentemente eso es fruto de que funcionan determinadas comisiones del Plan Nacional del Sida y de que funcionan nuestras relaciones con las 17 comunidades autónomas, que son quienes, en última instancia, recaban esos datos y los transmiten. Por lo tanto, ese temor que muchas veces tenemos de que los planes nacionales o las grandes manifestaciones de coordinación no escondan nada real detrás, yo creo que precisamente se deshace cuando vemos que somos capaces de acceder a esa información, y no por nuestros méritos individuales en tanto que administración sanitaria del Estado, sino por el grado de colaboración y de coordinación que se puede imprimir desde el Plan Nacional a los responsables de las 17 comunidades autónomas. Quizá ahí deberíamos centrarnos de nuevo en cuál es el papel de la administración sanitaria, no porque pretenda eludir determinadas respuestas, que con mucho gusto voy a dar, sino porque realmente, cuando hablamos, por ejemplo, de atención domiciliaria —de la que han hablado tanto el portavoz del Grupo Popular como el del Grupo Socialista— o hablamos de campañas, etcétera, no podemos ni debemos olvidar cuál es ese papel de coordinación al que me refería antes y cuál es la responsabilidad de las comunidades autónomas, salvo que pretendiéramos, cosa que seguramente no pretendemos ninguno, duplicar el sistema asistencial o generar desde la Administración del Estado una transferencia finalista que condicione las actividades que, en uso de su propio estatuto, pueden libremente elegir las comunidades autónomas. Ni queremos ni podemos imprimir nosotros una dirección a los planes de las comunidades autónomas, ni que-

remos duplicar un sistema asistencial. Por lo tanto, nuestro papel es un papel -repito- de coordinación de lo que las comunidades autónomas hacen.

Tampoco es que hayamos cambiado el mensaje. Permítame, señoría, que en ese aspecto no pueda estar de acuerdo con usted. Creo recordar que ya en febrero de 1993, el anterior Secretario General de Salud, Marcos Peña, denominó como tenebroso nuestro liderazgo en materia del sida. Se han dado explicaciones y a veces se han dicho calificativos duros o preocupantes. Por tanto, el exponer unos datos que globalmente denoten la gravedad del problema, aparte de que yo creo que es realista y que es responsable, no supone una rectificación, a la que, por otro lado, estaríamos dispuestos en cualquier caso. Yo creo que es un tema que todos hemos ido descubriendo juntos, en el que todos hemos ido aprendiendo desde que surge la epidemia, y al decir todos no me refiero sólo a los grupos políticos, al conjunto de las administraciones con responsabilidad sanitaria, sino también al conjunto de los países más desarrollados del mundo. Recientemente se hablaba de contagios por hemoderivados o por transfusiones en esta Cámara y, sin embargo, no era cierta la noticia. Eso puede alarmar a los pacientes y, sin embargo, no ha habido rectificación, ni hace falta, pero yo creo que es bueno, no obstante, que sepamos que en este largo camino de lucha contra el sida, probablemente todos, desde nuestras distintas responsabilidades, habremos cometido sin duda algún error.

En cuanto a la observación que hace el portavoz del Grupo Catalán sobre que son preocupantes las noticias de periódicos acerca de lo que sucede en otros países, yo creo que la respuesta tiene que ser clara: Hasta donde nosotros conocemos, y se supone que conocemos lo que ocurre, se está cumpliendo la ley en los análisis que se realizan también a las importaciones. Por tanto, no debe constituir un problema el de la importación de determinados productos de Alemania.

¿Qué se gasta en investigación? Les decía que participábamos en la investigación europea y me refería también al área de responsabilidad del Fondo de Investigación Sanitaria y al sinnúmero de proyectos en los que se participa. El otro día, en la comparecencia para explicar los presupuestos para 1994, ya hacía una referencia a un artículo recientemente publicado en una revista científica que yo creo que es importante y sobre el que se debe reflexionar. En España se está invirtiendo en I + D, y está creciendo el porcentaje que dedicamos a I + D más de lo que crece el producto interior bruto, más de lo que crece la renta «per cápita» o más de lo que crece el gasto sanitario. Sobre todo, en España, la correlación público-privado, desgraciadamente es muy favorable al gasto público en investigación. Digo desgraciadamente porque se echa en falta, y sería bueno que concienciáramos al sector privado para que colaborase como, por otro lado, sucede en países incluso con sistemas sanitarios públicos, como puede ser el Reino Unido, donde la correlación es justamente la inversa. Hay mucha más inversión privada que pública.

En investigación clínica, participamos en la Red Euro-

pea para el Tratamiento del Sida, ENTA, y en la Red Europea para el Tratamiento del Sida y de la Infección VIH en niños, PENTA, a través de la práctica totalidad de los departamentos de pediatría de todo el conjunto del Sistema Nacional de Salud. En la investigación europea sobre el sida, decíamos que participa el Instituto de Salud Carlos III y numerosos centros asistenciales. En las áreas de control y prevención de la enfermedad e investigación viroinmunológica, el Instituto de Salud Carlos III actúa como servicio centralizado para la monitorización epidemiológica del sida en la Comunidad Europea y para el análisis del genoma de VIH. En el área de investigación para el desarrollo de la vacuna, el Instituto de Salud Carlos III forma parte del grupo de gestión del programa que persigue conseguir reactivos de alta calidad para poner en marcha programas de desarrollo de la vacuna y promover investigaciones colaboradoras a través del fomento de la interacción entre varios grupos de investigación orientados hacia el mismo objetivo.

Quizá de una manera desordenada, voy a ir respondiendo a algunas de las preguntas concretas. Por ejemplo, en cuanto a la Secretaría del Plan, permítame que le diga, señoría, que nunca estuvo vacante. El nuevo Secretario del Plan sustituye a otro que llevaba más de un año.

En cuanto a las organizaciones no gubernamentales, me preguntaban por unos comentarios del nuevo Secretario del Plan del Sida respecto a posibles conflictos entre colectivos. Yo no quisiera entrar en ello. Las organizaciones no gubernamentales tienen su propia dinámica y, probablemente también, diferentes enfoques en cuanto a acceder a los pacientes y a la propia lucha contra el sida. Yo creo que el papel de la administración sanitaria es tutelar, simplemente, que existan esas organizaciones, que funcionen, pero respetando su independencia, porque la experiencia, y admito que es perfectamente discutible, nos demuestra que el entrar en esas organizaciones, aunque sea para intentar poner orden en esos eventuales conflictos, si es que existen, genera más desconfianza y rechazo, y probablemente sea buena la espontaneidad, incluso con ese riesgo, de unas organizaciones que se están mostrando como unos colaboradores de primer orden, sobre todo para acceder a determinados colectivos a los que S. S. hacía referencia y a los que es muy difícil acceder.

Y también es difícil comparar el resultado inmediato de las campañas respecto del efecto en el desarrollo de la epidemia, porque en encuestas realizadas, por ejemplo, vemos que la mayoría de los entrevistados tienen muy claras las formas de contagio. Más del 95 por ciento de los encuestados, en una encuesta realizada en abril de 1993, las relacionan con situaciones en las que interviene la sangre, mientras que en esta encuesta sube respecto de otras anteriores. Se citan las jeringuillas, las agujas usadas, los objetos personales, las cuchillas de afeitar; el 92 y el 88 por ciento hablan de que se transmite a través de la madre embarazada; el 95 por ciento que se transmite por contacto sexual íntimo. Yo creo que el nivel de conocimiento de la población española respecto de las características de la transmisión del sida es un conocimiento

alto. Tienen razón, no obstante, quienes nos dicen que puede haber determinados colectivos que, conociendo las formas de transmisión, no ponen en práctica las medidas conducentes a protegerse. Esto explicaría, a nuestro juicio, ese incremento entre la población que hace prácticas heterosexuales. Creo que debiéramos intentar discriminar más, dentro de ese grupo que en el último año, en 1993, decíamos que superaba el 10 por ciento de heterosexuales y que va en crecimiento, el porcentaje corresponde a usuarios de drogas por vía parenteral, porque llega un momento en que la propia marginalidad de esa población drogadicta les hace despreciar las medidas de prevención del contagio e incluso, si se me apura, el propio coste de determinadas medidas de prevención, como podrían ser los preservativos, respecto del coste de una dosis de droga.

Por otro lado, las mujeres drogadictas también acceden con mucha frecuencia a situaciones de prostitución. Hay estudios en comunidades autónomas, sin significación a nivel estatal, que dicen que hasta el 50 por ciento de la prostitución callejera es drogodependiente. Si eso fuera cierto, la posibilidad de encontrar una prostituta seropositiva sería de uno a cuatro.

Se ha preguntado también sobre la nueva definición de casos de sida. Quisiera comenzar afirmando que he previsto un incremento importante en la declaración de casos de sida en los próximos meses, pero no es menos cierto que en la misma frase y a continuación he dicho que era un incremento artificial y que iba a ser debido a dos causas: a la nueva definición de sida y a una política activa del registro.

¿Qué es la nueva definición de sida? Como SS. SS. conocen, ha habido varias definiciones de sida. Desde que se produce la infección hasta que aparece la enfermedad hay, como saben, un largo período de tiempo, que suele estar entre los ocho y los diez años, por eso, desde 1981 todo el mundo ha diferenciado lo que es la infección por VIH y el sida. Para que la comunidad internacional se pusiera de acuerdo a la hora de contabilizar un caso de sida, se elaboró un listado de enfermedades indicativas y esa lista se ha ido modificando: se ha modificado en 1982, en 1985 y en 1987. En España, en 1988, se empezó a aplicar la definición de caso de 1987 de la Organización Mundial de la Salud y el CDC en la que se incluía como enfermedad indicativa la tuberculosis extrapulmonar. Entonces ya se produjo un aumento importante de casos. La nueva definición de 1993 planteó un grave problema en Estados Unidos, precisamente porque el definir o no un caso como caso de sida definía también de alguna manera el acceso de ese paciente a determinados servicios sanitarios. Las autoridades sanitarias deciden adelantar, en el transcurrir de la historia natural de la infección, la etiqueta de caso de sida; no se trata de decir que es sida lo que no va a serlo, sino de adelantar esa declaración, y lo hicieron para que tuvieran acceso gratuito a los servicios sanitarios y a los beneficios de las pólizas de seguros el mayor número de afectados, situación que, afortunadamente, no se da en nuestro país. La nueva definición se puso en vigor el 1 de enero de 1993

en los Estados Unidos e incluye criterios biológicos, como es el recuento de los linfocitos CD4 por debajo de doscientos y añade tres nuevas enfermedades como indicadores del sida: la tuberculosis pulmonar, la neumonía recurrente en un período de 12 años y el cáncer invasivo de cuello uterino.

El Centro Europeo Colaborador de la OMS para la Vigilancia Epidemiológica del sida reunió a expertos de la Comunidad Europea, a principios de 1993, planteándose la postura europea ante la definición CDC y se concluyó la conveniencia de modificar la definición del caso ampliándola con tres criterios clínicos pero no con el criterio biológico. En julio de 1993, de los 42 países de la región europea, 39 han aceptado la inclusión de los tres nuevos criterios clínicos y tres lo mantienen en discusión (Bulgaria, Malta y la Federación Rusa); la aplicación de esta nueva definición la haremos el 1 de enero de 1994 (entonces se decidió que se hiciera entre enero de 1993 y 1994, según la decisión de cada país). En España, el Subcomité de Epidemiología del Plan Nacional sobre el sida fue consultado en junio de 1993, pronunciándose a favor de la inclusión de los tres criterios clínicos. La adhesión a esta nueva definición no va a cambiar ni a mejorar la vigilancia epidemiológica o el curso de los estudios clínicos en marcha, pero sí va a permitir una mayor sensibilidad en la inclusión del caso y, necesariamente, supone también que podamos comparar nuestros casos con los de la Comunidad Europea. En resumidas cuentas, el Subcomité de Epidemiología ha recomendado a la Dirección General de Salud Pública y al Plan Nacional que, a partir del 1 de enero de 1994, se empiece a utilizar la nueva definición sin efecto retroactivo. Conviene decir que ello no supone un incremento de costes puesto que todos los sujetos susceptibles de entrar en la nueva definición ya están en tratamiento gratuito en el Sistema Nacional de Salud, que adelantará en dos casos la notificación de cada caso aproximadamente y que producirá un incremento artificial de la curva epidemiológica.

En cuanto a las campañas realizadas, de las que hemos hablado mucho, quizá convendría recordar algunas de las que se han realizado en 1987, 1988, 1990 y la de 1993, la más reciente, con el lema «Vamos a parar el sida». Me preguntaba S. S. por la dirigida a la juventud y he de decirle que dimos prioridad a la campaña «Vamos a parar el sida» que iba dirigida a la población en general, pero es cierto que estamos haciendo un esfuerzo, yo diría que afortunadamente rutinario, de acuerdo con el Ministerio de Educación y Ciencia en cuanto a la educación para la salud, que yo creo que está teniendo éxito en la medida en que se consolida como una actividad habitual incluida en las actividades transversales de determinadas enseñanzas que prevé la Logse; yo creo que lo mejor que puede suceder es que se convierta precisamente en algo habitual y rutinario, que sea normal en el ámbito educativo.

En cuanto a las instituciones penitenciarias, yo creo que lo que se ha hecho —por las noticias que nosotros tenemos a través de la Secretaría de Estado correspondiente— es adaptar a las instituciones penitenciarias las

campañas de la administración sanitaria dirigidas a la población en general.

Habría que referirse también a las campañas más específicas que vienen realizando comunidades autónomas y que, por lo que sabemos, se dirigen incluso a poblaciones marginales de más difícil acceso, como prostitutas, etcétera, a que nos referíamos antes.

En cuanto al tratamiento antirretroviral en la población penitenciaria, por lo que nosotros sabemos, también se viene tratando a los pacientes en el interior de las cárceles, yo diría que incluso con un control mayor y más exhaustivo del que se puede tener fuera de ellas. Ha habido problemas, que tampoco le oculto, respecto de los protocolos a aplicar; problemas que existen en la comunidad científica y que por tanto se trasladan también al ámbito asistencial, por eso nosotros quisiéramos, en la medida de lo posible porque no es sencillo —y aprovecho para contestar también al Diputado señor Gimeno—, poder llegar a un acuerdo con esa comisión clínica que ya viene funcionando, aunque no se haya, digamos, bajado la bandera oficial para su puesta en marcha. Yo quisiera que esa comisión clínica fuera capaz de avanzar en un protocolo, pero existen dificultades, y existen dificultades porque la administración sanitaria tiene muy claro que no es ella quien tiene que elaborar el protocolo sino asumir el que hagan los propios profesionales, que son quienes entienden del asunto, y los propios profesionales tengo la impresión personal de que no se ponen de acuerdo con facilidad acerca de cuál es el protocolo más adecuado, ni aquí ni en el conjunto de la comunidad científica internacional. No obstante, yo creo que es importante hacer ese esfuerzo, aunque haya que cambiar el protocolo las veces que sea preciso, a la luz de los avances científicos, porque eso nos va a servir de referencia y también como un instrumento práctico de suma utilidad, por ejemplo en cuanto a la población penitenciaria, en las cárceles, donde los médicos no necesariamente tienen que ser especialistas en ésta o en ninguna otra enfermedad; en definitiva, yo creo que va a ser una herramienta de trabajo muy importante para el conjunto del sistema asistencial.

Me recordaban la aparición en algunos medios de comunicación de determinadas personas con actitudes que ponen en duda la propia existencia del sida o la conveniencia de los tratamientos que se están aplicando con antirretrovirales o incluso los mecanismos de transmisión. A mí me preocupa y me alegra que S. S. lo haya dejado patente en público. Creo que ahí habría que llegar también a un pacto, que desde luego estamos dispuestos a promover en la responsabilidad de todos, y también de los medios de comunicación, en el tratamiento de estos temas tan tremendamente delicados. Ver por determinada televisión a una persona explicando que no existe el sida o que no se transmite como creemos y ver que esa persona se presenta como científico, créame que es duro, y supongo que mucho más duro todavía para los pacientes de sida o para los familiares de esos pacientes, que atisban una esperanza que, desgraciadamente, no existe en ese campo o que dudan de los tratamientos que se les

aplican o que dudan incluso del médico y del sistema asistencial que les trata.

Creo que S. S. se refería, entre otros, al doctor Wilner, que apareció en determinada televisión. Aquel mismo día pedí que se hiciera un rastreo en la base de datos «Med Line», que tiene una conexión entre nuestra Escuela Nacional de Sanidad y la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos. Le puedo decir que no se ha encontrado ningún artículo firmado por este señor entre los años 1985 a 1993, y que lo hemos rastreado por todas las posibilidades: por el nombre, por el apellido y por temas. Esta persona se presentaba como un científico y estaba creando una tremenda zozobra en los familiares y en los propios pacientes. Creo que esto es grave y que ahí debíamos de colaborar todos, asumiendo lo que la comunidad científica internacional viene asumiendo en un 99 por ciento, y estando dispuestos, cómo no, a corregir lo que ahora nos parece una certeza y en otro momento puede ser que no nos lo parezca, pero lo que ahora mismo existe como una referencia que, sin tranquilizarnos, nos da cierta seguridad acerca de lo que estamos haciendo.

En cuanto a las consultas y a la atención domiciliaria, quisiera dar dos respuestas o una respuesta doble. Por un lado, que desconfío de la puesta en marcha de servicios con carácter de unidad orgánica en nuestro sistema. Si se refieren a la creación de un servicio, mi respuesta tendría que ser negativa porque no soy responsable, en primer lugar, de la asistencia sanitaria, y es un servicio de salud, y, en segundo lugar, porque tengo la experiencia de lo que sucede. Tienen que ser unidades funcionales y creo que es a lo que se refería S. S.

Creo que la propia figura del coordinador hospitalario, que desde la asistencia hospitalaria tiene, entre otras responsabilidades, la de coordinarse con la atención primaria, va a ser la que en un momento dado, a la vista del número de pacientes que se atienden en ese área hospitalaria, exija y promueva la creación de la consulta. Además, uno tiene confianza, a la luz de la experiencia, en lo que hacen los propios coordinadores que conocen muy bien el tema y que trabajan a pie de obra. Creo que, desde aquí, sería pretencioso por mi parte decir consulta sí, consulta no. Creo que consulta sí y que se va a generar de una manera espontánea, en la medida en la que el coordinador hospitalario vaya a ver su necesidad. ¿Que en la atención primaria hay una gran disparidad y dispersión, un gran abanico de actuaciones? ¿Qué duda cabe! La propia atención primaria no es igual en las 17 comunidades autónomas. La atención primaria de modelo tradicional todavía sigue cubriendo un porcentaje de la población. Los centros de salud y los equipos de atención primaria no se pusieron en marcha el mismo día. Los hay con mayor y con menor experiencia, con una procedencia de integración por parte del modelo antiguo o de nuevo acceso. Por lo tanto, generalizar siempre sería peligroso y por mi parte podría sonar a triunfalista, pero la atención domiciliaria, la asistencia a pacientes de sida, afortunadamente se va incardinando ya en las de los equipos de atención primaria, como decíamos antes respecto a las actividades escolares, como rutina, como se

atiende al anciano, como se atiende al hipertenso; si se quiere con más preocupación por la gravedad de esta enfermedad, pero como una rutina más en las actividades de salud pública que se generan desde los equipos de atención primaria.

No sé si he contestado a todas las preguntas de S. S., pero, a grandes rasgos, la consecuencia positiva que quisiera extraer de esta comparecencia de hoy —que probablemente SS. SS. de una manera generosa han calificado de exhaustiva y que yo podría decir que quizá lo que ha resultado es demasiado minuciosa o incluso aburrida— es que el problema del sida es grave; que probablemente va a aumentar la notificación de casos, pero que debemos saber que ese incremento va a ser en su inmensa mayoría artificial por el cambio de la definición de caso; que afortunadamente sabemos más que hace diez años qué es lo que hay que hacer; que se está haciendo; que el incremento año tras año es más bajo y la curva epidemiológica se va estabilizando; que el incremento en nuestro país, aunque cuantitativamente estemos a la cabeza de Europa, es semejante al de otros países europeos. Y en cuanto a su composición interna, por ejemplo, la referencia a los usuarios de drogas por vía parenteral, somos semejantes a Italia; y que sin buscar la complacencia —creo que no la buscamos ninguno— tampoco debemos ser tremendistas en el sentido de que nos espere un futuro mucho peor que a cualquier otra nación o tan malo como si no supiéramos lo que iba a pasar y no hubiéramos adoptado medidas. Sabemos cómo se transmite, se están adoptando las medidas, tenemos que transmitir serenidad, y preocupación, a la población, tenemos que creer en nuestra posibilidad de coordinar las actuaciones de todas las administraciones en luchar contra el sida, no queremos ser ni

protagonistas de la solución del problema ni tampoco responsables de todos los fallos que se produzcan, porque somos muchos los implicados. Yo les diría, señorías, que al final, en la lucha contra el sida —como decíamos en una frase de mi comparecencia—, todos somos responsables.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Secretario General de Salud.

Vamos a finalizar la sesión de esta comparecencia del señor Gutiérrez Morlote, que no solamente no ha sido aburrida, sino que, añadiré, ha sido exhaustiva, intensiva y llena de interés.

Quería transmitirle al señor Secretario General de Salud que en esa lucha contra el sida va a tener, además, en esta Comisión a un buen equipo de colaboradores con la Administración para todas aquellas tareas que, de cara a los ciudadanos, podamos hacer desde nuestro papel aquí.

También quiero agradecer a SS. SS. y a los portavoces de los grupos parlamentarios, no solamente la seriedad y el rigor de sus intervenciones, sino, fundamentalmente, la cordialidad.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Blázquez Sánchez): Señora Presidenta, me gustaría que constase en acta el sentimiento de la Comisión de Sanidad y Consumo por el fallecimiento de nuestro Premio Nobel don Severo Ochoa.

La señora **PRESIDENTA**: Gracias, señor Vicepresidente Primero, por su indicación.

Se levanta la sesión.

Era la una y cincuenta minutos de la tarde.

Imprime RIVADENEYRA, S. A. - MADRID

Cuesta de San Vicente, 28 y 36

Teléfono 547-23-00.-28008 Madrid

Depósito legal: M. 12.580 - 1961