



# CORTES GENERALES

## DIARIO DE SESIONES DEL

# CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

---

## COMISIONES

Año 1997

VI Legislatura

Núm. 349

---

## SANIDAD Y CONSUMO

**PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. FELICIANO BLÁZQUEZ SÁNCHEZ**

Sesión núm. 17

**celebrada el martes, 9 de diciembre de 1997**

---

### ORDEN DEL DÍA:

Comparecencia del señor director de Asistencia Primaria y Especializada (Matesanz Acedos), para informar sobre:

	<u>Página</u>
— Evolución de las listas de espera. A solicitud del Grupo Socialista del Congreso (Número de expediente 212/001088) .....	10308
— El contrato-programa en atención primaria y especializada. A solicitud del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso (Número de expediente 212/000623) .....	10314
Comparecencia de la señora directora general de Presupuestos e Inversiones (Navarro Fernández-Rodríguez), para explicar la ejecución presupuestaria del Instituto Nacional de la Salud (Insalud). A solicitud del Grupo Socialista del Congreso (Número de expediente 212/001086) .....	10325

---

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

— **COMPARECENCIA DEL SEÑOR DIRECTOR GENERAL DE ASISTENCIA PRIMARIA Y ESPECIALIZADA (MATESANZ ACEDOS), PARA EXPLICAR LA EVOLUCIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA. A SOLICITUD DEL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO (Número de expediente 212/001088).**

El señor **PRESIDENTE:** Señorías, buenos días a todos, damos comienzo a la sesión de la Comisión y les comunico que se va a cambiar el orden de las comparecencias. Damos la bienvenida al doctor Matesanz, director general de Atención Primaria y Especializada, y como primer punto del orden del día, vamos a pasar al punto tercero, que es la comparecencia del director general de Atención Primaria y Especializada ante la Comisión de Sanidad y Consumo para explicar la evolución de las listas de espera.

Dada la bienvenida al doctor Matesanz, tiene la palabra y le deseamos una feliz estancia con los miembros de la Comisión de Sanidad. Cuando quiera, señor Matesanz.

El señor **DIRECTOR GENERAL DE ASISTENCIA PRIMARIA Y ESPECIALIZADA (Matesanz Acedos):** Señor presidente, señoras y señores diputados, en primer lugar, quiero agradecer al Grupo Parlamentario Socialista su petición para explicar la evolución de las listas de espera durante el año 1997 que, como bien saben ustedes, continúa siendo uno de los objetivos fundamentales del Insalud a lo largo de la presente legislatura.

Durante mi exposición, mostraré la situación actual y las acciones emprendidas y llevadas a cabo durante este año en pro de este objetivo que tiene su mayor exponente en la reducción del tiempo de demora para acceder a una intervención quirúrgica. Es necesario insistir que, aun teniendo en cuenta el carácter consustancial de las listas de espera con un sistema de cobertura universal, su excesiva prolongación por encima de unos límites razonables genera un alto grado de insatisfacción en los ciudadanos y que las listas de espera muy prolongadas pueden llegar a quebrar los principios de equidad y accesibilidad esenciales en el sistema público de salud. Creemos que esta tendencia, que por distintos motivos se hacía patente a mediados del pasado año, ha empezado a cambiar, como se evidencia entre otras cuestiones por la reducción de las reclamaciones de los usuarios tanto en los servicios de atención al paciente de los hospitales, como las explicitadas en el informe anual del Defensor del Pueblo.

Como recordarán SS. SS., en 1996 el Insalud emprendió el denominado plan de choque para reducción de la demora quirúrgica cuyo principal objetivo era intervenir a todos los pacientes que llevaban esperando más de un año. El plan incluyó inicialmente a 21.500 enfermos que llevaban en junio de 1996 más de un año, entre los que se encontraban 5.095 de más de dos años y algunos incluso de

más de tres. Posteriormente, este plan se extendió a los 53.822 pacientes que en diciembre de 1996 habrían cumplido igualmente un año de no haber sido intervenidos.

El plan de reducción de la demora quirúrgica se cumplió en más del 95 por ciento, quedando tan sólo, a 31 de diciembre, 2.624 enfermos por operar de todo el objetivo inicial, y lo que es más importante, consiguió reducir la demora media de 210 a 135 días.

Este plan de choque se compuso de una serie de actuaciones operativas y organizativas encaminadas a obtener el objetivo en un corto espacio de tiempo. Cuando nos planteamos los objetivos de 1997, el Insalud se marcó como fin prioritario continuar reduciendo los tiempos de demora imponiéndose como meta que no hubiera pacientes que esperaran más de nueve meses y que la demora media al finalizar el año no superara los 100 días. ¿Qué supone esta decisión? Cuando abordamos el plan de choque las críticas fundamentales fueron que se trataba de actuaciones coyunturales como el incremento de la producción, cuando se precisaban medidas estructurales que abordaran de raíz la causa por la que los centros del sistema público tienen listas de espera tan prolongadas.

Conscientes de ello, nos propusimos diseñar una serie de actuaciones que sentaran las bases de manera permanente para corregir las demoras excesivas que desde hace años venían produciéndose. El conjunto de medidas abordadas lo denominamos plan integral de gestión de listas de espera y en él se contemplan medidas destinadas a incidir en el tema de las consultas diagnósticas que trataremos más adelante.

¿Cuáles son las actuaciones más destacadas del plan integral de gestión de listas de espera? Dejando aparte las medidas basadas en la mera producción, los aspectos cualitativos son: en primer lugar, mejorar las modalidades terapéuticas alternativas a la hospitalización incrementando muy especialmente la cirugía mayor ambulatoria; en segundo lugar, mejorar la coordinación entre los niveles asistenciales de primaria especializada; en tercer lugar, definir con las sociedades científicas los tiempos máximos de demora y los criterios de inclusión en lista de espera.

A modo de síntesis, cada una de estas medidas ha dado ya resultado aunque en otras habrá que esperar más tiempo para poder obtener el fruto deseado. Así, por ejemplo, la cirugía mayor ambulatoria se ha incrementado notablemente desde 1996 a octubre de 1997, habiéndose realizado en este período de diez meses 58.974 intervenciones, lo que supone el 37 por ciento de aumento, y si lo comparamos con 1995 un 101,4 por ciento, es decir, en dos años se ha multiplicado por dos.

En cuanto a la mejora de coordinación primaria especializada, debo señalar que se han sentado las bases para que exista, habiéndose creado entre los meses de mayo y junio de este año la comisión paritaria de áreas, cuya función primordial es precisamente la coordinación entre los dos niveles asistenciales dentro del área sanitaria. Se ha constituido ya una comisión paritaria por área, todas ellas están funcionando y han creado subcomisiones y grupos que ya están trabajando activamente para identificar *in situ*

las causas que provocan el desequilibrio entre la oferta y la demanda.

La principal función de esta comisión paritaria es fijar las derivaciones entre primaria y especializada al objeto de garantizar que los tiempos de espera son los adecuados. Esta comisión garantiza la continuidad de ciudadanos y a través de ella se fomenta la participación de los profesionales en la organización de los servicios, ya que en la comisión paritaria además de los responsables sanitarios locales hay una extensa representación de los profesionales de hospital y de la atención primaria.

Por lo que respecta a la fijación de criterios de inclusión en lista de espera señalar que se han constituido seis grupos de trabajo específico con participantes designados por los sociedades científicas para los procesos más habituales en lista de espera quirúrgica, es decir, cataratas, prótesis de cadera y rodilla, varices e hidroplasia de próstata. Estos grupos han elaborado un documento o guía para homogeneizar la práctica clínica en cada uno de estos procesos. Entendemos que estos documentos tienen un gran valor porque en ellos están expresados los criterios de los profesionales y contribuyen a racionalizar las indicaciones y hacerlas más homogéneas sobre la base de la medicina basada en la evidencia.

¿Cuál ha sido la evolución de las listas de espera en 1997? Después del éxito del plan de choque, la lista de espera ha tenido la evolución inicialmente esperada, en los primeros meses experimentó un ligero ascenso por efecto de varias causas, entre ellas el hecho reconocido de que la mayor oferta aumenta la demanda, la tensión de seis meses de aumento en la producción quirúrgica con la posterior relajación, etcétera.

Para ceñirnos al tramo que es el objetivo principal para este año, es decir, los pacientes de más de nueve meses, destacamos que partiendo de una cifra de 23.017 a 31 de enero, en marzo de 1997 alcanzó la cifra más alta del año con 27.721 pacientes de más de nueve meses.

A partir de entonces, insisto, el 31 de marzo, la evolución ha sido descendente, de manera que a 31 de mayo el número de pacientes de más de nueve meses era ya de 21.406 y a 31 de octubre, última cifra corroborada que tenemos disponible corroborada, el número de pacientes es de 10.287. Posteriormente, en un dato aún por corroborar por la premura de tiempo, a 30 de noviembre, es decir, hace tan sólo una semana, el número de enfermos que hay en todos los hospitales del Insalud con más de nueve meses es de 5.524, es decir, en relación con las cifras que había hace año y medio se ha producido una reducción del 84 por ciento en los pacientes de este tramo. Este ritmo de descenso ha sido similar tanto en pacientes de lista de espera de más de seis meses como en la propia lista de espera global.

¿Cómo valoramos la situación actual? Como les acabo de comentar, tanto la evolución como la situación actual entendemos que es muy positiva. De una parte hemos reducido significativamente la demora media. Actualmente (y cuando digo actualmente me estoy refiriendo a 31 de octubre ya que el dato de 30 de noviembre por ser algo más complicado de extraer todavía no le tengo), a 31 de octubre

la demora media es de 115 días. Basta recordar que cuando comienza el plan de choque la demora media era de 210 y que al finalizar dicho plan, en diciembre de 1996, esta demora era de 135 días. Por tanto, se puede decir que hemos reducido en año y medio el 45,2 por ciento la demora media. Además, comparando el número de enfermos de más de nueve meses a 31 de octubre respecto a abril de 1996, tenemos una reducción del 70 por ciento, en números redondos hemos pasado de 35.000 a poco más de 10.000, y como les decía antes, si consideramos la de 30 de noviembre, este descenso es del 84 por ciento. Asimismo, la reducción de la lista de espera de más de seis meses tiene el número más bajo de pacientes desde que se registra la lista de espera en los servicios centrales. A finales de octubre, la lista de espera de más de seis meses, el tramo que será nuestro objetivo para el próximo año, era de 31.404 enfermos, y hay que señalar que en el último año y medio este tramo de lista de espera se ha reducido el 42 por ciento, ha pasado de 54.348 al inicio de la legislatura a 31.404, siendo casi la mitad que en 1992 en que esta cifra era de alrededor de 60.000 pacientes. Asimismo, la lista de espera global ha descendido a 152.062 pacientes; de nuevo doy un dato todavía por confirmar, a 30 de noviembre el dato de la lista de espera total está alrededor de los 148.000 enfermos. Aun considerando que esta cifra es todavía amplia, hay que destacar que tiene alrededor de 40.000 enfermos menos de los que había en abril de 1996, ya que estimamos que la cifra al inicio de la legislatura alcanzaba un número cercano a los 190.000 pacientes en lista de espera.

Sintetizando lo dicho hasta ahora, tenemos la siguiente situación respecto a abril de 1996: en primer lugar, un 70 por ciento de reducción de pacientes de más de nueve meses; en segundo lugar, el 42 por ciento de reducción de la lista de más de seis meses; 20 por ciento de reducción de la lista de espera global y 45 por ciento de reducción en la demora media.

¿Cómo ha sido la evolución de determinadas patologías? El punto más complicado de abordar en la lista de espera quirúrgica ha sido siempre dar respuesta en tiempo adecuado a los procesos de osteoartrosis, es decir a las prótesis de cadera y rodilla y a otros procesos traumatológicos especialmente complicados. Ésta fue una de las críticas al plan de choque, decir que se había hecho una selección negativa de estos procesos para operar otros más sencillos.

Pues bien, hay que decir que nada más lejos de la realidad y que los resultados anteriores son extensibles también a este grupo de procesos. En concreto, en junio de 1996 había 4.098 pacientes que esperaban una intervención de prótesis de cadera o rodilla desde hacía más de nueve meses (me estoy refiriendo a las prótesis de larga duración por decirlo así); en abril de 1997 este número, los 4.098, se había quedado reducido a 1.987, y en octubre el número de enfermos que están esperando una intervención de prótesis de cadera o rodilla está en 881 enfermos. Es igualmente importante señalar que la demora media de las prótesis, que en junio de 1996, insisto, era de 312 días, es decir, en este caso más de diez meses en abril de 1997 era de 180 días y en octubre la demora media de las prótesis es de 140 días; es decir, se ha pasado de diez a cuatro meses.

La situación por comunidades autónomas entiendo que no tiene mayor interés, por lo que simplemente resaltaré la mayor dificultad para cumplir estos objetivos de determinadas comunidades, como Madrid y Castilla y León y el hecho de que en otras, como La Rioja, Baleares y Murcia la situación es bastante mejor e incluso en algunas de ellas el objetivo de que no haya nadie con más de nueve meses de retraso se había cumplido prácticamente en el mes de octubre.

¿Cuáles son las salidas por intervención quirúrgica? La mayor parte de las intervenciones se habían realizado en centros propios, en jornada ordinaria, en concreto el 88,8 por ciento, mediante la adecuada rentabilización de los quirófanos, con un total de 267.199 operaciones sobre lista de espera; no hay que confundir con las intervenciones urgentes y otro tipo de intervenciones, que estudiaremos a la hora de tratar el contrato-programa. Un total de 9.607, lo que representa el 3,2 por ciento, se había hecho mediante autoconcierto en jornada de tarde, con nuestros mismos profesionales; 7.770 habían sido intervenidos en hospitales de apoyo, lo que significa el 2,6 por ciento; y 16.153, que significa el 5,4 por ciento, han sido intervenidos en centros concertados. Como se deduce de los datos expuestos, la mayor parte de la lista de espera es abordada con los medios propios del Insalud en horario de mañana.

Por lo que respecta a los centros concertados, he de señalar que durante esta etapa hemos emprendido acciones para reestructurar los conciertos, al objeto de que sean realmente complementarios con la oferta del Insalud. Hemos introducido mayor transparencia, fomentando la concurrencia pública y mediante la elaboración de contrato-marco contamos con una mayor agilidad y flexibilidad para su utilización en procesos de lista de espera.

Por lo que respecta a las garantías de los centros utilizados, hemos de señalar que la concertación con centros privados para la realización del programa especial de reducción de la lista de espera quirúrgica se viene desarrollando en dos ámbitos: por una parte, a través de centros concertados previamente por el Insalud, y por otra en centros específicamente concertados para la realización de procesos incluidos en este programa. Como les decía, en centros concertados se habían realizado hasta septiembre 16.153 procesos, lo cual representaba el 5,4 por ciento.

Me gustaría cerrar este apartado dedicado a la evolución de la lista de espera quirúrgica haciendo referencia al programa de garantía contra la demora quirúrgica. ¿Cuál es la situación de este programa? Como SS. SS. ya conocen, el Insalud comenzó en junio de este año el denominado programa de garantía contra la demora quirúrgica de manera piloto en las comunidades autónomas de Madrid y Aragón. El programa piloto de garantía contra la demora quirúrgica implica que a partir de llevar en lista de espera un tiempo determinado, fijado por la sociedad científica correspondiente de seis a ocho meses, según el proceso quirúrgico a realizar, el Insalud debe de ofrecer una respuesta bien en centro propio o en un centro concertado. Los procesos quirúrgicos incluidos son ocho y corresponden a los más habituales en lista de espera. El programa de garantía ha afectado ya en estas dos comunidades autóno-

mas a 7.746 pacientes, de los que a 31 de octubre quedaban por intervenir 2.310, es decir, se van operando según van entrando y es de suponer que este número de enfermos que quedaba a 31 de octubre hayan sido ya intervenidos en su mayoría a lo largo del mes de noviembre, de manera que el sistema está funcionando de manera adecuada.

Hasta aquí lo relativo a la lista de espera quirúrgica y, por recapitular, antes de pasar a otro apartado he de decir que con los datos expuestos y dado el ritmo de reducción de la lista de espera, consideramos que se va a cumplir el objetivo marcado de que no haya prácticamente pacientes con demoras superiores a nueve meses al finalizar el presente año y que la demora media no supere los 100 días.

A continuación les expondré brevemente la situación y acciones llevadas a cabo en la lista de espera de consultas externas de especialistas. Después de abordar prioritariamente todo lo referente a la lista de espera quirúrgica, creímos conveniente plantearnos la reducción de las demoras en consultas externas, ya que si bien las intervenciones quirúrgicas tienen una mayor entidad desde el punto de vista clínico, somos perfectamente conscientes de la angustia que genera la demora en determinadas consultas de especialidades.

En mayo dimos inicio al plan de agilización de consultas, que integra una serie de medidas estructurales, y cuyos resultados entendemos que se tienen que producir a medio y largo plazo. En síntesis, se puede señalar que las medidas afectan a los dos niveles asistenciales, bajo la apuesta de que la coordinación entre primaria y especializada tiene que dar como primer beneficio la adecuación de las demoras en consultas. Por ello, la medida central consiste en la adecuación entre la demanda de primaria y la oferta de especializada, por considerar que, salvo excepciones, los recursos del sistema son suficientes y que por tanto tan sólo debe buscarse el equilibrio entre los mismos. Esta acción está encomendada a la comisión paritaria de área, a la que antes hice mención.

Para favorecer esta cuestión a nivel centralizado, estamos realizando con las sociedades científicas una serie de protocolos sobre la derivación de los procesos más frecuentes en lista de espera, como son los procesos de aparato locomotor, que afectan a las consultas de traumatología y reumatología, procesos alérgicos, dermatológicos, neurológicos y hematológicos. Estos protocolos han sido redactados por representantes de las especialidades correspondientes nominados por las sociedades científicas de todo el Estado y las sociedades científicas que agrupan a los médicos de atención primaria. Dichos protocolos han sido realizados en estos últimos meses, de hecho se están ultimando en estos momentos, y se encuentran en fase de distribución a los centros asistenciales. Como línea general, estamos reforzando y potenciando el papel del médico de atención primaria, otorgándole cada vez más una mayor capacidad de resolución.

En la actualidad, se está concluyendo un catálogo de pruebas diagnósticas de acceso directo por los médicos de atención primaria, lo que evitará un número importante de derivaciones al especialista. También durante el presente año hemos comenzado un proyecto piloto de cirugía me-

nor en atención primaria, que está siendo desarrollado por 119 equipos de atención primaria y que potenciaremos el próximo año. El programa tiene que evitar derivaciones, sobre todo al especialista en dermatología y cirugía general.

Como les comentaba anteriormente, estas medidas todavía no han dado el resultado esperado, por lo que la demora en consultas, aunque ha experimentado una leve reducción respecto a marzo, que es el mes que consideramos de partida por ofrecer cierta fiabilidad el sistema de información, en unos porcentajes que oscilan entre el 10 y el 20 por ciento, y teniendo en cuenta el período del año considerado, que ha sido a través de todo el verano —los datos que les expongo son de septiembre y octubre—, no han alcanzado todavía su plena vigencia.

A continuación expresamos la evolución de la demora media entre marzo y octubre de las consultas externas más significativas. La consulta de alergia, que es la más dilatada, ha pasado de 107 a 105 días; en cardiología, de 29 a 25; dermatología se mantiene en 38 días; en digestivo se mantiene; medicina interna, de 29 a 19 días; neumología, de 23 a 19 días; de neurología, de 49 a 46 días; de reumatología de 58 a 51; urología, de 31 a 27; traumatología, de 31 a 27; otorrino, de 21 a 17; oftalmología, de 55 a 51, y ginecología, de 54 a 45 días.

Para cerrar este capítulo debo decir que aún consideramos excesivas estas demoras y entendemos que para 1998 una de las acciones prioritarias del Insalud será emprender acciones de seguimiento más específicas y esperamos además que las medidas estructurales a tratar en esta comisión paritaria den el resultado esperado.

¿Qué acciones están planteadas en 1998, en cuanto a lista de espera quirúrgica? Desde luego, en primer lugar declarar la firme propuesta de seguir manteniendo y reforzando todas las medidas que conduzcan tanto a la reducción de las demoras como al número de enfermos. De este modo, y por lo que se refiere a la lista de espera quirúrgica, nos planteamos alcanzar a finales de 1998 estos dos objetivos: en primer lugar, disminuir las demoras máximas en la mayoría de los procesos a seis meses, dejando todavía por valorar aquellos que son más complejos, como es el tema de las osteoartrosis y otros procesos traumatológicos complejos, para los que la propia sociedad científica ha establecido un período razonable de demora de nueve meses. En segundo lugar, reducir la demora media a 85 días. Entendemos que se sigue planteando el objetivo de conseguir una demora máxima de seis meses a lo largo de la legislatura. Estos objetivos, que consideramos muy ambiciosos, equivalen a implantar de manera generalizada el programa de garantía contra la demora quirúrgica que antes les señalaba, para lo cual seguiremos monitorizando la evolución de forma quincenal o mensual, según los hospitales; exigiremos el cumplimiento del contrato-programa a los hospitales, incentivando las alternativas a la hospitalización, como la cirugía mayor ambulatoria y continuaremos la política de reestructuración de los conciertos.

A título de resumen de lo expuesto, me gustaría resaltar varias cuestiones. En primer lugar, la firme voluntad del equipo actual del Insalud de reducir los tiempos de espera,

por considerar que ello contribuirá a reforzar la equidad del sistema público de salud. En segundo lugar, la evolución tan positiva de las listas de espera quirúrgica, en especial los tramos con más demora, como son el hecho de haber reducido a 5.624 enfermos con espera de más de nueve meses, a 30 de noviembre, y situar la demora media en 115 días; ello es fruto de un adecuado funcionamiento de los recursos públicos, complementado con los medios concertados, en los que hemos imprimido una mayor racionalidad y transparencia. En tercer lugar, el esfuerzo de la organización, los facultativos, todo el personal de los centros del Insalud y los equipos directivos, que han entendido que una de las prioridades del sistema debe ser atender a los pacientes en un tiempo adecuado. Todo esto, unido a un seguimiento y una monitorización que me atrevería a calificar de tenaz de la lista de espera, desde un punto de vista centralizado, ha dado lugar a los resultados antes descritos.

Quiero destacar como muy positiva la implicación y participación de los profesionales, tanto en la definición de los criterios como en los tiempos máximos de lista de espera, y agradecer, por último, el apoyo del Ministerio de Sanidad y Consumo y su firme interés de mantener este objetivo.

Nada más. Quedo a disposición de su señorías.

El señor **PRESIDENTE**: En primer lugar, tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Socialista, el señor Moratalla.

El señor **MORATALLA MOLINA**: Muchas gracias, señor Matesanz, y bienvenido de nuevo a la Comisión.

En nombre del Grupo Parlamentario Socialista quería expresar algo que me ha agradado profundamente escucharle. Nosotros pensábamos que las listas de espera eran motivo de preocupación para los pacientes, lógicamente, y su entorno familiar; también, que eran motivo de preocupación para los gestores y para la Administración y evidentemente para el grupo parlamentario en nombre del que hablo. Sin querer hacer ninguna referencia al pasado, seguimos manteniendo este criterio, frente a otros grupos que en otro momento lo utilizaron como arma arrojadiza. Por eso, porque entendemos que la lista de espera no es el análisis coyuntural, momentáneo, particular, sino que hay que evaluarla en el tiempo, le rogamos que, si es posible, los grupos parlamentarios que integran esta Comisión puedan tener conocimiento de manera periódica. Usted sabe que las listas de espera se pueden no ya maquillar pero sí mejorar y puede existir la duda de que nosotros hacemos preguntas y pedimos comparencias en aquellos momentos en que de forma natural las listas de espera tienen un pico de aumento. Por otra parte, con suspicacia podía entenderse que la comparencia por parte de la Administración podría hacerse en aquellos momentos en que las cifras fueran más óptimas. Si existiera el compromiso de que, de una manera periódica, por ejemplo cada tres meses, tuviéramos conocimiento de la evolución de la lista de espera, sería una metodología que, al margen de dejar a un lado la suspicacia, tendría el valor de poder me-

dir la evolución y conseguir así una evaluación mucho más sosegada.

He escuchado atentamente su exposición y comparto que, en un momento dado, tras haber valorado, no lo que se decía en tiempo anterior, de 500.000 enfermos en listas de espera, sino los 168.000 de marzo o abril de 1996, y luego surgió una bolsa de en torno a unos 20.000 pacientes, se distorsionaron los datos. Más allá de los datos y de las cifras concretas, es cierto que desde la Administración se planteó un plan de choque, cuyo coste inicial se cifró en torno a los 2.400 millones; los objetivos, si mal no recuerdo, eran que no hubiese pacientes en lista de espera superior a un año y bajar la demora media de 210 a 120 ó 100, en torno a esa cifra. La realidad fue que el coste fueron 3.500 millones y que la demora media se bajó, pero a 135 días. Siendo unos datos que se podía valorar desde esa doble óptica de que todo en la vida es del color del cristal con que se mira, nosotros lo seguimos mirando con rigor, en el afán de contribuir a la solución de un problema que estimamos que es importante, sobre todo para quien lo padece. Por eso, hicimos una pregunta parlamentaria al ministro, en el control de los miércoles, hacia el mes de febrero, creo recordar, cuando había habido un repunte hacia ciento setenta y tantos mil pacientes en lista de espera.

Aparte de todo esto, seguimos pensando, como le he expuesto anteriormente, que el grupo al que represento no sólo tiene la obligación del control parlamentario en esta Comisión, sino que de forma decidida quiere contribuir a la solución de un problema que estimamos que existe y que tiene posibles soluciones, más allá de que eso sea ni la solución única e histórica ni el arma arrojadiza que en un momento de desfase pueda ser utilizada de manera intencionada. Y creo recordar que en su anterior comparecencia, señor Matesanz, usted nos hablaba de que con los canales de información, desde los propios centros, desde los gestores, no tenía datos con la suficiente fluidez para poder analizarlos. Me ha parecido entender que todavía tiene los datos de octubre, en este momento, y que carece de los de noviembre, cosa lógica, hasta que al final se puedan establecer criterios. También quiero recordar que uno de los motivos de esa falta de información es que se iba a hacer una renovación de los equipos directivos de los hospitales, de los gerentes.

Con mi pregunta tengo la intención de saber si sólo con esa medida del cambio de los gerentes se ha contribuido a esa mejora de información, si la información en este momento es fluida, si la información tiene una periodicidad y si ha habido alguna otra medida que, junto al cambio de los equipos directivos, haya contribuido de manera directa a esa mejora en la obtención de los datos.

He de decirle asimismo, señor Matesanz, que, por desconocimiento del grupo, porque no teníamos datos y usted sabe que los datos se pueden, como siempre, utilizar de forma sesgada, nosotros, aquí, de manera oficial, le hemos solicitado un compromiso, al que espero que ahora en su contestación haga usted mención. Más allá de los planes de choque, de las medidas momentáneas y que puedan tener repercusión en los medios, yo comparto lo que en su exposición he escuchado, que las medidas estructurales son las

que tienen que sistematizar el seguimiento, el control, y que, si en algún momento alguna patología se dispara, por algunas condiciones no previstas, habrá que tomar medidas excepcionales en ese sentido en el centro oportuno o en la comunidad autónoma que lo requiera.

Me ha parecido escuchar en los datos que ha dado que en el momento actual hay 31.404 pacientes que tienen una demora en torno a los seis meses. Y eran cifras de 31 de octubre. Además, de la valoración por tramos, que es importante, en los datos globales de su información he creído entender que a 31 de octubre eran 152.062 los pacientes en lista de espera; un dato no confirmado de noviembre decía que eran 148.000. También, al hacer una interpretación, no sólo por la valoración de tramos, sino por patologías, se veía que había determinadas patologías que tenían unas demoras excesivamente prolongadas.

Por eso, señor Matesanz, el Grupo Parlamentario Socialista, que había requerido su comparecencia, quiere manifestarle, como hice al principio, que nosotros seguimos con la misma preocupación, con el control lógico que, como grupo y oposición en este momento, tenemos que ejercitar, pero que no le quepa la menor duda de que contribuiremos a las posibles soluciones de los problemas que puedan existir en la atención sanitaria.

Es cierto que han tomado alguna medida, como la creación de una comisión, para que haya una adecuación entre la demanda en atención primaria y la respuesta por atención especializada. Creo que eso, y no sólo en las consultas externas, va a contribuir de manera clara, si se realiza correctamente, a que a la llegada de los enfermos, no sólo a las consultas, se determine si por su patología concreta requieren o no la intervención quirúrgica y si habrá que realizarla de manera urgente o puede estar en lista de espera, dentro de los márgenes de una demora media razonable.

Lo que sí le rogaría es que la información que podamos tener, en el compromiso que usted pueda contraer, sea de manera sistemática, que no sea de manera global sobre las intervenciones quirúrgicas, sino específica, para determinadas patologías y en determinadas comunidades autónomas. Y, compartiendo que la gran dificultad existe, querríamos conocer los datos de donde existe el mayor problema, como es en la Comunidad de Madrid, no sólo en las listas de espera de intervenciones quirúrgicas, sino también en las de consultas externas. Usted, como profesional, no como responsable de la Administración, bien conoce que en la vida hospitalaria, para su funcionamiento normal, aquellos servicios que son horizontales, como radiología, analítica, etcétera, son los que muchas veces paralizan, retrasan o agilizan la actividad del resto de los servicios del hospital. Por eso ese funcionamiento ha de estar coordinado con los servicios quirúrgicos, porque, si no, puede que, en la mejora de unas listas quirúrgicas, en cuanto a lo que son patologías diagnosticadas y pendientes de intervención, no hayan sido subsumidas por los distintos servicios y estén en las listas de espera en las consultas externas, en los servicios horizontales; como aún están pendientes de un escáner o de un preoperatorio, no han pasado a formar parte del grueso de las listas quirúrgicas.

Para que no haya malas interpretaciones, en el ánimo constructivo de entender el problema y en la medida en que la oposición pueda contribuir a su solución, le solicitamos la periodicidad y el análisis pormenorizado de las cifras, para poder hacer su evaluación. Para reconocer el esfuerzo realizado y la previsión del gasto, para la solución del problema de las listas quirúrgicas, o, en su caso, de las consultas externas, también para denunciar con rigor aquellas maniobras o medidas que nos parezcan incorrectas, el Grupo Parlamentario Socialista quiere hacer una actuación parlamentaria de oposición, pero de oposición responsable.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Gil Melgarejo.

El señor **GIL MELGAREJO**: En nombre de mi grupo, agradezco al doctor Matesanz la exposición real y al mismo tiempo sincera que ha hecho acerca de las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. A mi grupo, al Grupo Parlamentario Popular, no le queda sino resaltar alguno de los aspectos de su intervención, que consideramos del máximo interés y relevancia.

Antes, considero que puede ser útil para la fijación de posición del Grupo Parlamentario Popular en esta importante cuestión recuperar no ya las intervenciones, sino alguna de las manifestaciones que, por este motivo y con referencia al año 1996, se produjeron en febrero del año 1997, hace escasamente diez meses, aunque, para mayor tranquilidad de todos, no es mi intención trasladarlo a la comparecencia que hoy realiza el director general de Asistencia Primaria Especializada. En todo caso, ahí está el «Diario de Sesiones» a disposición de todo el que desee analizar con mayor profundidad aquella comparecencia del doctor Matesanz, también a solicitud del Grupo Parlamentario Socialista y actuando como portavoz el diputado señor Moratalla, en la que informó sobre la evolución de las listas de espera. Sinceramente creo, y en esto espero que SS. SS. estén de acuerdo conmigo, que conviene, aunque sea de manera sucinta, hacer referencia a algunos aspectos de lo que se dijo en aquella comparecencia, pues estoy convencido de que ayudará y facilitará la comprensión global de lo que es el problema de las listas de espera.

Quisiera manifestar que esta frase que está semicalando en relación con las listas de espera, listas de espera igual a problema consustancial al Sistema Nacional de Salud, es una manifestación que cuando menos puede ser engañosa y que no es real. Indudablemente, doctor Matesanz, con un número determinado de problemas que afectan a la lista de espera se puede confundir esta frase, problema consustancial al Sistema Nacional de Salud, como de hecho creo que se está confundiendo, con la verdadera realidad de lo que es la lista de espera.

Es fundamental, para poder gestionar de manera eficaz, con eficiencia, con responsabilidad y con solidaridad, es requisito principal, tener una información exacta y precisa de aquello que vamos a gestionar. Sin querer retrotraerme al año 1996, debo manifestar que hasta enero de 1997, no abril de 1996 —en abril se dijo que existía una lista de es-

pera de 168.000, como se acaba de repetir—, en realidad la lista de espera apareció en esa bolsa que yo, en nombre del Grupo Parlamentario Popular, tampoco quiero entrar a analizar en profundidad, sí es cierto que la lista de espera quirúrgica ascendía a 196.000 pacientes.

Creo que debería ser un factor a corregir el no considerar en lista de espera a un paciente que está esperando aproximadamente dos meses; habría que definir claramente los tiempos de espera como se está haciendo ahora a través de las asociaciones y colectivos científicos y profesionalizar este tipo de cuestiones y de definiciones. También considero que la banda que oscila entre dos a cinco meses es un período de espera que no debe confundirse —repito— con la frase que acabo de pronunciar, aquello de que es un problema consustancial al Sistema Nacional de Salud.

Dicho esto, para aclaración de todos, paso a analizar esos datos de especial relevancia que usted ha dado. Dejando atrás el plan de choque del año 1996, que fue efectivamente un plan coyuntural para poder resolver un problema que consideramos grave y al final del cual, desde abril a diciembre, se consiguieron los objetivos que se habían propuesto en el número de pacientes, 53.822, estamos ahora —y es importante decirlo— ante un plan integral, ante soluciones a través de medidas estructurales que usted ha mencionado y que cada día se están desarrollando más. Por ejemplo, el incremento de cirugía mayor ambulatoria, que considero que es espectacular, tanto en el período 1996-1997 como en la referencia desde 1995 a 1997, y la creación de la comisión paritaria de área, para establecer un mejor y mayor flujo entre las dos divisiones, la primaria y la especializada, clave para solucionar la mayoría de los problemas referentes a esta cuestión. También se están definiendo, como he dicho antes, con criterios exclusivamente profesionales los tiempos de demora máxima y los criterios de inclusión en lista de espera. Los objetivos de 1997, que es a lo que se refiere la comparecencia, la población objeto de esta nueva acción incluida en el plan integral fue inicialmente de 23.017, pero en marzo hubo un repunte, 27.721. El objetivo era, y se ha conseguido, disminuir la población con espera de más de nueve meses, quedarse en esa banda, y que la demora media descendiera de los 135 a los 100. Usted ha dicho que ha descendido, al día de hoy, a 115 la demora media. Y, si no he entendido mal, los datos se referían, no a 31 de octubre, sino incluso a noviembre, eliminándose aún más las listas de espera, ya que a 31 de octubre había 10.278 y en noviembre, 5.624. No me queda sino resaltar este importante dato, partiendo de enero o marzo, como se prefiera, pues los resultados de noviembre nos hacen pensar que se cumplirá el objetivo.

Por lo que se refiere a los datos que ha dado usted, doctor Matesanz, de abril a octubre de este año, creo que han sido lo suficientemente clarificantes para decir que, dentro de la normalidad más absoluta, y eso quiero recalcarlo, estamos en el buen camino. No siendo optimistas, sí queremos ser realistas, y pensamos que ése es el camino indicado para conseguir los objetivos para el año 1997, incluso los de 1998, a los que ya me he referido, objetivos que son difíciles, que son un gran reto —estoy convencido de

ello—, porque se igualan a la práctica generalizada en el sistema sueco de atención en las listas de espera, que las demoras no superen los seis meses.

Quiero agradecerle su reivindicación de que el sistema sanitario público es lo suficientemente eficaz como para asumir con los medios propios las listas de espera y la confianza en los profesionales, puesto que la autoconcertación, como también ha mencionado, ha sido un capítulo importante en este objetivo. Tengo que agradecerle también que exista una mayor transparencia en los conciertos, como usted ha dicho, donde se está fomentando la concurrencia pública a través de los contratos marco, y que los centros concertados cumplan la misión que les asigna la Ley general de Sanidad, que es complementar el sistema nacional. Este cumplimiento exige, y así se está dando, unas garantías absolutas de control de calidad, garantías que se están aplicando de manera correcta, por lo cual no me queda más que felicitarle.

Agradezco la sinceridad que ha mostrado al decir claramente que la lista de espera de consultas externas no es la óptima y que el trabajo que se está realizando, que es un plan que se ha iniciado en el mes de marzo, tiene como herramientas de trabajo importantes medidas de tipo estructural que no voy a repetir. Estoy convencido de que todos los grupos, la Administración, todos los presentes, le deseamos que tenga el mayor de los éxitos en lo que se refiere a la lista de espera quirúrgica y en las consultas externas, porque de esta forma estaremos demostrando que quienes realmente se está beneficiando de este sistema es el pueblo español, al que estamos dando cada día una sanidad más eficaz, más eficiente y con mayor claridad.

El señor **PRESIDENTE**: Cuando quiera puede contestar, doctor Matesanz.

El señor **DIRECTOR GENERAL DE ASISTENCIA PRIMARIA Y ESPECIALIZADA** (Matesanz Acedos): Agradezco al señor Moratalla y al señor Gil Melgarejo el tono constructivo de sus intervenciones y voy a intentar responder a algunas de las cuestiones que han planteado.

Se ha hecho alusión al sistema de información. Desde luego, gran parte de las confusiones que tuvo el plan de choque al principio obedeció a la virtual inexistencia de un sistema de información centralizado en el Insalud y que la situación que existía entonces y la que existe ahora es radicalmente distinta; entonces tardamos cerca de dos meses en corroborar cuál era la lista de espera real y se fueron detectando continuamente las famosas bolsas. Y eso no es que fuera una excusa ni nada por el estilo, sino que ocurrió así, se iban detectando bolsas en una serie de hospitales y el sistema de información, insisto, era inexistente. A partir de ahí, una de las mejoras sustanciales es la creación de esa unidad de información centralizada en el Insalud y buena prueba de ello son los datos que les he dado. A 30 de noviembre, 5.524 enfermos de más de nueve meses —teniendo en cuenta que el viernes pasado, último día hábil, fue día 5, este dato se ha obtenido exactamente en cinco días, aunque queda por confirmar— y 148.000 enfermos en lista de espera total.

¿Con esto qué quiero decir? Que la lista de espera total y por tramos del Insalud ha dejado de ser un secreto cuasi de Estado, que es lo que ha sido a lo largo de los últimos años, para ser público, para poder ser proporcionado al Congreso. Ya me gustaría que otros servicios de salud hicieran lo propio, porque así podríamos tener alguna idea de qué es lo que ocurre en otras zonas del Estado. Insisto en que el Insalud sí tiene los datos, los tiene a tiempo, y, además, se compromete a hacerlos públicos siempre que sea requerido. El panorama en este sentido ha cambiado, igual que ha cambiado el panorama de las demoras en lista de espera quirúrgica, ya que de tener más de 20.000 enfermos, como poco 25.000, de más de un año, tener en estos momentos prácticamente eliminada la lista de más de nueve meses es algo que hay que resaltar, porque supone, no tanto en el número de enfermos que hay en lista de espera, sino en lo que tardan esos pacientes en ser atendidos, que hemos pasado de una situación preocupante a otra que ha mejorado francamente.

Hay algunas patologías, y lo decía el señor Moratalla, que todavía son susceptibles de preocupación y que antes lo eran mucho más. Me refiero a las prótesis quirúrgicas, a las prótesis de cadera y rodilla, en las que nos encontrábamos en una demora media de 10 meses el año pasado; el hecho de que esa demora haya descendido a tan sólo cuatro meses es algo que merece la pena resaltar, porque quiere decir que, con los medios del sistema público, se ha conseguido dar un empuje grande al problema de las demoras en acceder a una intervención quirúrgica.

Como decía el señor Gil Melgarejo, hemos reconocido que las listas de espera en consultas, que no es susceptible de un abordaje de choque, como se hizo con las demoras quirúrgicas y que representó un empujón inicial positivo, si bien han mejorado en unos porcentajes que oscilan entre un 10 y un 20 por ciento en cada una de las especialidades, lo cierto es que todavía van a necesitar unas acciones específicas a lo largo del próximo año y que van a ser algo fundamental en nuestros objetivos, porque todavía los tiempos que se están dando, y lo mismo ocurre con las exploraciones diagnósticas, no son los adecuados.

Agradezco a ambos grupos parlamentarios el tono tremendamente constructivo y cualquier información que nos sea solicitada, dada la mejora de este tipo de información que en este momento tenemos en el Insalud, será proporcionada al Parlamento en el modo y forma que nos sea requerida.

— **COMPARECENCIA DEL SEÑOR DIRECTOR GENERAL DE ASISTENCIA PRIMARIA Y ESPECIALIZADA (MATESANZ ACEDOS) PARA EXPLICAR EL CONTRATO-PROGRAMA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA, A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO (Número de expediente 212/000623).**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al segundo punto del orden del día, comparecencia del director general de



Asistencia Primaria y Especializada por acuerdo de la Mesa y portavoces del día 26 de noviembre del presente año, en dicha comparecencia, también del doctor Matesanz, se explicaba el contrato-programa en atención primaria y especializada. La comparecencia ha sido solicitada por el Grupo Parlamentario Popular.

Para dar comienzo a su intervención, tiene la palabra el señor Matesanz.

El señor **DIRECTOR GENERAL DE ASISTENCIA PRIMARIA Y ESPECIALIZADA** (Matesanz Acedos). Agradezco al Grupo Parlamentario Popular su petición de comparecencia para hablar del contrato-programa de atención primaria y especializada del Insalud, ya que ello me brinda la oportunidad de exponerles los objetivos fundamentales de los centros sanitarios dependientes de este organismo y el estado actual de cumplimiento de los mismos.

El contrato-programa constituye, como bien saben, el instrumento de gestión de máxima importancia, donde se especifica la actividad que habrá de llevarse a cabo dentro de la cartera de servicios, el nivel de calidad que debe alcanzarse, así como el presupuesto asignado. Es, además, una excelente herramienta de participación de los profesionales, por cuanto supone la suma de los pactos de objetivos de cada uno de los servicios o unidades que integran un centro sanitario. Por último, es el elemento clave para la valoración y distribución de incentivos entre el personal, mediante la adecuada evaluación y seguimiento del cumplimiento de lo pactado.

La génesis del contrato-programa parte de una adecuación de los servicios sanitarios a las necesidades de salud de la población, teniendo siempre presente que debe garantizarse el acceso equitativo a las prestaciones, que debe incrementarse el nivel de satisfacción de los usuarios y que debe optimizarse la utilización de recursos materiales y financieros del sistema sanitario público.

También es importante recalcar que la adecuada conformación del contrato-programa ha de surgir de una rigurosa negociación del conjunto de objetivos de cada servicio, unidad y responsabilidad con el gerente del centro, para después pasar globalmente a una negociación y pacto con la presidencia ejecutiva del Insalud hasta llegar a la suscripción propiamente dicha del citado contrato. Igualmente, es importante el seguimiento y evaluación periódica, mensual o trimestral, del ritmo de cumplimiento de los objetivos económicos y asistenciales, ya que de este modo se podrán adoptar medidas correctoras, si existiera desviación sobre el pacto.

Me gustaría destacar algunos aspectos importantes de su preparación, como fue la amplia participación que se brindó hacia las líneas generales de actuación que se incluyeron en el contrato-programa. En este sentido, se impulsó varios meses antes de que finalizara el año 1996 el que los equipos directivos y los profesionales del sistema tuvieran conocimientos de las líneas de actuación, pudieran opinar y realizar sus aportaciones sobre ellas. Se les pidió expresamente a los gerentes que las líneas de actuación fueran conocidas por los órganos de representación, como la junta técnico asistencial, la comisión mixta y los jefes de unidad

y servicios. Consideramos, pues, que se ha tratado de involucrar a todo el personal en el conocimiento previo de los objetivos, para que pudieran opinar y realizar las propuestas que considerasen oportunas. De hecho, se ha contado para 1997 con un incremento del presupuesto del seis por ciento, que permite mantener una financiación adecuada del contrato-programa, frente al 2,4 por ciento de subida de los Presupuestos Generales del Estado. El presupuesto global general del Insalud, gestión directa, para este año ha sido de un billón 393.170 millones, correspondiendo al contrato-programa las siguientes asignaciones. En atención primaria, 517.806 millones, y en especializada, 819.265 millones.

Realizadas estas consideraciones, teniendo en cuenta el título de la comparecencia y sobre todo mi responsabilidad en el Insalud, haré un repaso sucinto de los objetivos asistenciales, comenzando por la atención primaria. El Insalud da cobertura a una población de 14.315.358 personas y el contrato-programa de atención primaria está dirigido a desarrollar y mantener una estructura compuesta por 1.015 centros de salud, con 31.333 profesionales, de los que cerca de 12.000 son médicos, y la cartera de servicios correspondientes, de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto 63/95, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

La actividad más importante en los centros de atención primaria prevista para 1997 es la siguiente, en números redondos: Consultas de medicina general, 94 millones; consultas de pediatría, 9.900.000; consultas de enfermería, 56.600.000; y atención continuada, 7.143.000, sin incluir en ello la actividad de la atención a domicilio y de las unidades de apoyo, como la atención a la mujer, salud mental, fisioterapia, etcétera, que se cifran en casi dos millones de consultas al año. El ritmo de crecimiento de la actividad está siendo superior al pactado, habiéndose producido en el período que tenemos evaluado, de enero a septiembre, un crecimiento superior al del mismo período del pasado año. De esta forma, en 1997 se estima que realizaremos unos tres millones más de consultas de medicina general, dos millones más de pediatría, dos millones más de consultas de enfermería y un millón más de consultas de atención continuada.

Al margen de esto, que lógicamente constituye el armazón de la asistencia, hay que resaltar, una vez más, que la atención primaria constituye la puerta de entrada al sistema público, y de ahí nuestra pretensión de potenciar su actividad y su calidad, para que pueda cumplir su verdadero papel. Para ello, hemos de seguir aumentando y complementando su cartera de servicios. Como saben SS. SS., la cartera de servicios constituye un conjunto de actividades que responde a las necesidades y demandas de la población, sustentadas en criterios científico-técnicos y en prioridades de política sanitaria. En virtud del análisis realizado en el período 1994-96, se ha detectado la necesidad de potenciar con carácter prioritario alguno de ellos, para incrementar su cobertura a la población de referencia. De esta forma, en 1997 se ha querido incidir en todos los servicios, pero en especial en los programas de atención al niño, destacando la prevención de la caries infantil, hasta

llegar al 42.6 por ciento (al finalizar 1996, estábamos en un 30.4) y las revisiones del niño sano, hasta alcanzar valores superiores al 70 por ciento (al finalizar 1996, estábamos en un 61 por ciento).

En el programa de atención a la mujer, en cuanto a la preparación al parto, el objetivo es alcanzar un 77.5 (en diciembre de 1996 nos encontrábamos en un 69.6), y en el diagnóstico precoz del cáncer de mama, hasta un 18.2 de la población susceptible de recibir este servicio (en diciembre de 1996, nos encontrábamos en un 14.5). Ambos servicios recibirán un impulso extraordinario cuando se realice el plan integral de atención a la mujer que está previsto desarrollar en el bienio 1998-99.

En el programa de atención al adulto hay que resaltar la prevención de enfermedades cardiovasculares, con el objetivo de llegar al 59.9 por ciento de la población; atención a hipertensos, 41.8; y prevención de los problemas del enfermo, hasta el 51.4 por ciento. Paralelamente a esto, se trabaja en aumentar la cobertura de los equipos de atención primaria. Desde hace años, se está produciendo un cambio del modelo tradicional de atención primaria al nuevo modelo caracterizado por la implantación de equipos de atención primaria. El equipo de atención primaria se configura como el elemento esencial del nuevo modelo, ya que su formación, tiempo de dedicación y enfoque de su tarea hace abordar los problemas de salud desde una concepción integral, superando los conceptos meramente curativos para llegar a la dimensión de prevenir y promocionar la educación para la salud, al margen de posibilitar el acercamiento de distintos servicios que en el modelo tradicional quedaban en el marco de la atención especializada. Pues bien, en 1996 se había alcanzado la cifra de 1.083 equipos de atención primaria; para 1997, la cifra que finalmente se recogía en el contrato-programa fue 1.137; y dado el ritmo de crecimiento de este año, se puede decir que vamos a cumplir este objetivo, implantando un total de 1.139 equipos, es decir, 56 más que el año anterior. Con todo ello, alcanzaremos un grado de cobertura de población para equipos de atención primaria, del 85.24 por ciento. En diciembre de 1996, estamos en un 80.91, y en 1995, en un 77.65 por ciento. Esto significa que en todas las comunidades autónomas del Insalud gestión directa se está avanzando en la implantación del nuevo modelo de atención primaria, quedando cuando finalice este año menos de un 15 por ciento de la población atendida por los médicos del sistema tradicional.

Con todo lo expuesto podemos resumir que se han aumentado significativamente los recursos en atención primaria con 56 equipos, más la actividad, por lo que los indicadores de presión asistencial se mantienen estables: 33 pacientes para la consulta de medicina general de equipos de atención primaria y 26 pacientes en pediatría. La frecuentación, es decir, el número de consultas por habitante, ha subido levemente, pasando en el período de enero a septiembre de 5,13 a 5,31, si bien para todo el año prácticamente alcanzaremos las siete consultas por habitante y año.

Tenemos planteado —y esto es importante— entre los objetivos de calidad fomentar la implantación de consultas

de tarde en núcleos de población superiores a 10.000 habitantes hasta un 5 por ciento más que en 1996. El planteamiento del contrato-programa era alcanzar el 29,98 de las consultas de núcleos de población de más de 10.000 habitantes y a septiembre de este año nos encontrábamos ya en el 29,7 por ciento, de manera que es un objetivo que se va a cumplir. Este objetivo se fija analizando las expectativas de los usuarios a través de la encuesta de satisfacción que anualmente se efectúa. Asimismo, el contrato-programa incluye objetivos de calidad orientados fundamentalmente a mejorar los tiempos en que el paciente tarda en entrar en consulta sobre el tiempo medio dedicado por los facultativos a cada paciente, etcétera. Par afijar los objetivos de calidad se toma como referencia la encuesta de satisfacción realizada por el Insalud a finales de 1996. Con estos datos y sobre el horizonte de aumentar la satisfacción de los usuarios nos hemos trazado unos objetivos de mejora en este sentido.

Además de lo expuesto en el contrato-programa de atención primaria de 1997 se incluyen nuevos programas asistenciales de los que destacan los siguientes. En primer lugar, incrementar la extensión del 061 a las comunidades autónomas que no disponen de un centro coordinador de urgencias. Para 1997 estaba planteado que las comunidades autónomas de Cantabria, Castilla-La Mancha y Murcia se sumen a las comunidades autónomas que ya lo tienen como Madrid, Baleares y Asturias. Venimos trabajando durante todo el año con estas comunidades autónomas para la articulación e implantación de los centros coordinadores que ya están prácticamente ultimados para entrar en funcionamiento durante los primeros meses de 1998. El horizonte es que al final de esta legislatura todas las comunidades de ámbito Insalud tengan 061 y de hecho ya está avanzado que para el próximo año sean cuando menos las comunidades de Extremadura y Aragón las que se incorporen a este sistema. En segundo lugar, me gustaría destacar la implantación de un programa de cirugía menor. Se amplía la oferta asistencial de atención primaria reseñando por su importancia para este año la realización de cirugía menor por parte de equipos de atención primaria. Los objetivos son claros: mejorar la accesibilidad de los usuarios a procedimientos quirúrgicos menores y disminuir las listas de espera de determinadas especialidades, fundamentalmente para procesos de dermatología y cirugía general. De las 40 áreas de salud que se comprometieron con la implantación de la cirugía menor 36 se han incorporado a la experiencia piloto, con un total de 119 equipos de atención primaria de los 131 que inicialmente se comprometieron, lo que implica a un total de 520 médicos y 630 personal de enfermería. El total de procedimientos atendidos hasta ahora en cirugía menor por los equipos de primaria ha sido de 5.217. Los procesos más habituales son heridas, abscesos cutáneos, quistes epidérmicos, lipomas, fibromas, etcétera. Los resultados son muy positivos si se tiene en cuenta que de estos 5.217 procedimientos un 97 por ciento no han presentado ninguna complicación y tan sólo un 3 por ciento ha presentado alguna de carácter leve. Por consiguiente, tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo los resultados cabe calificarlos como de fran-

camente satisfactorios y entendemos que son suficientes como para extender este procedimiento a todas las áreas durante el año 1998.

En tercer lugar, la mejora de la complementación de los partes interconsultas entre primaria y especializada. En el contrato-programa está contemplada una mejora de la documentación clínica como elemento que garantice la continuidad de cuidados entre ambos niveles asistenciales. Para ello, durante 1997 se ha puesto el mayor énfasis en que la hoja de interconsulta esté perfectamente cumplimentada en todos sus extremos por el médico general y el pediatra. Esta hoja sirve además de documento informativo de los usuarios y de los profesionales sanitarios.

En cuarto lugar, previsión de demanda de interconsultas. En el contrato-programa de 1997 se ha comenzado a realizar la previsión sobre el número de consultas que atención primaria derivará a consulta de especialistas. Esta previsión es fundamental para acomodar la oferta a la demanda existente y de este modo evitar las listas de espera en consultas externas de especialidades, como comentábamos anteriormente. El contrato-programa de este año tanto de primaria como de especializada recoge el número de interconsultas que podrán realizarse en cada especialidad. No obstante hemos de seguir perfeccionando este asunto porque de ello depende en buena parte la reducción de la lista de espera en consultas de especialidades. La comisión paritaria tiene encomendada la adecuación y la acomodación de las consultas de atención primaria a especializada.

En quinto lugar, he de destacar la asignación de consumo en cada unidad de provisión de servicios. Dentro del mismo contexto anterior las gerencias de primaria se han comprometido a asignar a cada unidad de provisión de servicios un número de consumos anuales de interconsultas de laboratorio y radiodiagnóstico. Hasta la fecha se está cumpliendo el pacto establecido en derivaciones de laboratorio y radiodiagnóstico (más de 5 millones en laboratorios y 1,5 millones en radiodiagnóstico). Sin embargo, hay que destacar que las derivaciones en interconsultas desde primaria a especializada han disminuido; concretamente en el período enero-septiembre se han producido 58.000 derivaciones menos que en el mismo período de 1996 y también ha disminuido el porcentaje de derivaciones a las urgencias de hospital que ha pasado del 5,08 a un 4,91. Estas cifras, aun no siendo muy altas en términos absolutos, sin embargo entendemos que tienen un valor cualitativo importante porque significan invertir la tendencia alcista mantenida de los últimos años en el número de derivaciones y en el número de derivaciones a urgencias hospitalarias. Ello nos confirma que estamos con las medidas adecuadas y que para el próximo años se reforzará más aún con el fin de obtener un mayor papel resolutivo del médico de primaria, dándole acceso a pruebas diagnósticas, fomentando la elaboración de protocolos con especialistas, etcétera.

A continuación quisiera informarles brevemente de otros elementos del contrato-programa que quedan referidos en la mejora de las herramientas de gestión. Dentro de los programas de gestión incluidos en el contrato-programa destacamos la creación de contratos de gestión asis-

tencia y los consejos de gestión de área. Por lo que respecta a la primera cuestión cada gerencia de primaria ha establecido los contratos de gestión asistencial con las unidades de provisión de servicios que la forman, es decir, los equipos de atención primaria, unidades de apoyo y médicos y enfermería del modelo tradicional. Con esta medida se trata de impulsar que los profesionales de primaria se impliquen en la adecuada utilización de recursos propios y de los consumos que generen en atención especializada. De los 1.083 equipos de primaria que había al comenzar el año han formalizado su correspondiente contrato de gestión asistencial 979. Asimismo, durante 1997 hemos fomentado el papel del consejo de gestión de área de atención primaria. Estos consejos están integrados por los coordinadores de atención primaria y representantes de las unidades de apoyo, fisioterapeutas, odontólogos, matronas y trabajadores sociales, así como representantes del modelo tradicional. El seguimiento de este tema lo hacemos controlando el número de reuniones y las actas de las mismas y hasta septiembre se estaba cumpliendo perfectamente el pacto, ya que sobre 267 reuniones se habían realizado ya 231.

Quisiera referirme ahora muy sintéticamente a la evolución del gasto en primaria en sus distintos capítulos. Debo decir que en líneas generales el cumplimiento presupuestario es bastante riguroso. En el capítulo 1, 134.099 millones. Hasta septiembre se había realizado un gasto del 72,45 por ciento y la estimación que se hace del cierre de ejercicio es que no habrá apenas desviación; se proyecta tan sólo una desviación del 0,16 por ciento. En el capítulo 2, por un total de 21.227 millones, hasta septiembre se había contraído un gasto por valor de 13.056 millones. Se estima que el cierre será igualmente muy ajustado y no habrá desviación alguna en este capítulo.

Finalmente, y para concluir la exposición del contrato-programa de primaria, he de referirme necesariamente al gasto farmacéutico. El fuerte crecimiento del gasto en farmacia en los últimos años hace que su contención sea uno de los objetivos prioritarios del Insalud. El presupuesto del gasto de farmacia en primaria es de 315.239 millones de pesetas, lo que supone más de la quinta parte del gasto de todo el Insalud. El objetivo contemplado en el contrato-programa de 1997 es no superar un crecimiento del 6,5 por ciento, si bien hasta octubre este crecimiento había sido de tan sólo un 4,15 por ciento. Hay que decir que el crecimiento del gasto en farmacia para 1996 fue de un 11,15 y para 1995 de un 12,16, muy por encima del porcentaje de crecimiento del gasto sanitario y a su vez muy por encima de la inflación. Las medidas incluidas en el contrato-programa para contener el gasto farmacéutico son de dos tipos; por una parte medidas estructurales y otras de impulso del programa de racionalización del medicamento. Además, hay que mencionar las medidas normativas e institucionales del Ministerio de Sanidad y Consumo plasmadas en el Real Decreto 165/1997, de 7 de febrero, de reducción de los márgenes comerciales de las oficinas de farmacia en 2 puntos, y el Real Decreto 164/1997, de 7 de febrero, por el que se establece el margen correspondiente a los almacenes mayoristas por la distribución de especialidades far-

macéuticas, rebajando el margen en un punto. Asimismo, deseo destacar el desarrollo de una política de medicamentos genéricos y precios de referencia como futuras medidas de contención de dicho gasto.

Por lo que se refiere al impulso de generalización del programa de uso racional del medicamento, he de destacar que se fomenta en el médico de familia la calidad de la prescripción, al tiempo que se fijan unos objetivos más individualizados y realistas para los equipos de atención primaria suscritos en 1997 por una abrumadora mayoría de los mismos, lo que es una prueba de su credibilidad y una garantía de eficacia. Quiero decir que se ha hecho un especial hincapié en el programa de uso racional del medicamento, cuyas medidas no voy a resaltar aquí. Como resumen de este apartado, diríamos que el contrato-programa incluye una serie de medidas para que cada gerencia pueda gestionar el presupuesto asignado a farmacia, de tal manera que se garanticen en todo momento la calidad, seguridad y eficacia, respetando la libertad de prescripción de los facultativos.

Hay que destacar entre las medidas de uso racional del medicamento, además de las mismas, la complementación con otras de tipo estructural, que están siendo llevadas a cabo de forma centralizada, como el procedimiento de identificación del usuario mediante el sistema TAIR, el terminal autónomo de identificación de recetas, que permite actuar sobre uno de los factores más significativos de desviación del gasto, es decir, la utilización indebida de recetas de pensionistas para activos, además de aportar una información muy valiosa y ayudar a desburocratizar las consultas de atención primaria.

Me gustaría resaltar que con todas estas medidas, en el período de enero a octubre se ha producido una desaceleración del gasto en farmacia de más de 7 puntos, pasando de un crecimiento sostenido de más de un 11 por ciento en los últimos años, a tan sólo un 4,15 por ciento. Ello ha supuesto, solamente en el área de Insalud gestión directa, un menor gasto, del orden de 22.000 millones de pesetas, ya que cada punto son 3.100 millones de pesetas de ahorro. Hasta aquí, las líneas generales del contrato programa de atención primaria para 1997 que, por el desarrollo que están teniendo, creemos cumplen las expectativas y están contribuyendo a consolidar y mejorar la atención primaria en el sistema sanitario.

Paso, a continuación, a explicitar las líneas generales del contrato programa de atención especializada. Las líneas generales de actuación que inspiran el contrato programa para 1997, de mejora de la equidad, accesibilidad, eficiencia y mejora de la calidad de los servicios sanitarios, dentro de la atención especializada, se plasman en los objetivos básicos siguientes: un aumento de la eficacia en la utilización de los recursos disponibles; una reducción de los tiempos de demora para acceder a la asistencia; una mejor coordinación entre atención primaria y especializada para el desarrollo de una atención integral y eficiente, y un desarrollo de herramientas de gestión que permitan aumentar la descentralización de los servicios y avanzar en un marco de competencia regulada. Al mismo tiempo, entendemos como particularmente importante la implicación

de los profesionales en la organización de los centros y en la gestión de los recursos. Los contenidos del contrato programa, que a continuación les expondré, afectan a 81 hospitales distribuidos en 10 comunidades autónomas, con un total de 33.393 camas en funcionamiento. La atención especializada cuenta con 111.722 profesionales, de los que 17.217 son médicos especialistas. La red concertada da respuesta asistencial a todas las prestaciones sanitarias de atención especializada recogidas en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, y asimismo su dotación en equipamiento y formación de personal sitúa el nivel asistencial en un grado muy especializado y comparable con los países del mundo occidental.

Hechas estas consideraciones, a continuación se exponen los contenidos más relevantes del contrato programa de 1997. Globalmente este contrato programa conlleva, ante todo, el mantenimiento y/o el aumento de la oferta asistencial. A continuación, se cuantifica la actividad asistencial que realizarán los hospitales del Insalud para 1997. En términos redondos: ingresos, 1.170.000, con un incremento respecto al pasado año de un 2,5 por ciento; estancias totales, 9.800.000, con un aumento de 0,69; urgencias totales, 4.700.000, con un aumento de un 1,55; un índice de ocupación del 80,87 por ciento y una disminución de la estancia media hasta fijarla en un objetivo de 8,40 días, teniendo en cuenta que en 1996 la estancia media fue de 8,55. En cuanto a las intervenciones quirúrgicas de cirugía mayor ambulatoria, el objetivo eran 77.000; las programadas con ingresos, 350.000 y el total de intervenciones 629.936. Las consultas primeras previstas son 7.250.000 y las sucesivas 13.724.000.

De la actividad realizada hasta el 31 de octubre cabe destacar un ritmo de actividad similar al pactado, de tal forma que en estos 10 primeros meses del año se habían realizado un total de 958.000 ingresos; 7.900.000 estancias; 4.049.000 urgencias; 629.336 intervenciones quirúrgicas; un total de intervenciones de cirugía mayor ambulatoria de 58.974; un total de consultas externas de 17.361.450; el índice de ocupación era de 81,05 y la estancia media había descendido incluso por debajo de lo previsto, hasta llegar a ser de 8,29. La actividad se está desarrollando según el ritmo proyectado, con algún desajuste no demasiado significativo; por ejemplo, en consultas externas primeras un 2 por ciento menor de lo pactado, debido fundamentalmente al cambio de definición de la primera consulta en el sistema de información, ya que antes se consideraba primera consulta a la que distaba de la anterior más de seis meses. Ahora se ha definido de una forma más rigurosa y restrictiva. El número de intervenciones programadas es también de 2 puntos por debajo del pacto, si bien globalmente, durante el período de enero a octubre, se han efectuado 10.313 intervenciones quirúrgicas más que en el mismo período del año anterior, fundamentalmente por el importante aumento de cirugía mayor ambulatoria, que ha crecido del orden de un 38 por ciento respecto a igual período del año anterior, lo que supone una mejor utilización de los recursos y, sobre todo, una mayor comodidad para los pacientes. Por los estudios que hemos realizado, la potenciación de la cirugía mayor am-

bulatoria supone un importante ahorro de estancias hospitalarias, que si comparamos los años 1995 a 1997, en los que esta práctica se ha duplicado, equivalen a la liberación de unas 225 camas a lo largo de todo el año, si sumamos todo lo realizado en la red de Insalud.

De los indicadores mencionados anteriormente es importante destacar la reducción de la estancia media, ya que si bien el objetivo a principios de año era de 8,40, estamos ya en un 8,29 y, por tanto, se ha superado con creces un objetivo que era realmente ambicioso. Con todo ello, también si lo comparamos con la medida del año 1995, que era de 9,14 días, vemos que tan sólo en año y medio se ha disminuido la estancia en 0,85 días. Teniendo en cuenta que el Insalud realiza alrededor de 1.200.000 ingresos a lo largo del año, el ahorro de estancias inducidas por este procedimiento sería de cerca de un millón. Además, es de particular importancia la reducción de la estancia media, ya que al haber aumentado la cirugía mayor ambulatoria la patología que se interviene mediante ingreso es más compleja y, lógicamente, suele precisar mayor número de días de estancia, lo que nos lleva a precisar que existe un mayor control sobre el tiempo que los pacientes están hospitalizados antes o después de la intervención quirúrgica. Tanto en aumento de la cirugía mayor ambulatoria como la reducción de la estancia media, tienen importantes consecuencias no sólo en la calidad de la atención sanitaria sino también en términos económicos. Realizando un estudio teórico de lo que representan en estancias hospitalarias ahorradas estos dos parámetros, es decir, aumento de la cirugía mayor ambulatoria y reducción de la estancia media, se puede decir que han supuesto un ahorro teórico de estancias equivalente a unas 2.573 camas abiertas durante todo el año, que al coste medio de la UPA de los hospitales Insalud significaría una mejor inversión de cerca de 28.000 millones de pesetas anuales. El contrato programa tiene una parte importante dedicada a las listas de espera, a lo que no me voy a referir, obviamente, por haber sido tratado en la anterior comparecencia.

¿Qué actividades de mejora de la calidad tiene el contrato programa? Entre las muchas acciones que integran el programa de calidad en atención especializada destacamos sobre todo aquellas que tienen que ver con favorecer el mantenimiento y la mejora de la calidad científico-técnica, impulsando para ello la constitución y funcionamiento de las comisiones clínicas de los hospitales, creadas específicamente para este fin. Asimismo, este año se continuará y generalizará la implantación de protocolos de práctica asistencial, entre los que destacamos, por novedoso, el de uso adecuado de fármacos. Igualmente, el contrato-programa ha vuelto a recoger otros objetivos que hacen referencia a la mejora de información al paciente y, en este sentido, destacamos el establecimiento de notas escritas sobre lugar y hora para, como digo, facilitar información al paciente. En 1996 hemos conseguido que el 71 por ciento de los servicios cumplieran este objetivo y en 1997 está planteado llegar al cien por cien de los centros. Ha aumentado el número de procedimientos con documento de consentimiento informado y pretendemos impulsar y generalizar los programas de acogida a pacientes que precisan hos-

pitalización. En 1996 se llegó al 78,4 por ciento de los centros y para 1997 está planteado que el cien por cien de los hospitales tengan un programa de acogida.

Para concluir este apartado debo señalar que, con el fin de favorecer las acciones referidas al programa de mejora de la calidad, durante estos últimos meses se ha creado en todos los hospitales del Insalud la figura del coordinador de calidad. Es un profesional del hospital dedicado a dinamizar todos los aspectos referidos a la calidad. Esta figura y sus funciones se creó en el mes de abril y en junio de este año todos los hospitales ya tenían nombrado dicho coordinador. En definitiva, cada hospital deberá tener un programa de calidad que integre los objetivos de cada uno de los servicios y unidades del hospital, con el fin de, progresivamente, llegar a un concepto de calidad total. También es de destacar que el cumplimiento de los objetivos de calidad será uno de los factores a tener en cuenta para la distribución de incentivos en el presente año. Respecto al cumplimiento presupuestario del contrato-programa, aunque su control no está dentro de los cometidos de mi dirección, les puedo manifestar que, globalmente, la proyección de desviación que tenemos está en torno al 3 por ciento. Es de significar que la mayor desviación se producirá en el capítulo 2 y tiene su base en distintas causas que tenemos identificadas. El gasto real del capítulo 2 en 1996 fue de 192.892 millones, mientras que el presupuesto inicial del contrato-programa para 1997 era de 190.234 millones; es decir, francamente ajustado. La previsión de gasto real que hacemos es de 199.675 millones; por tanto, nos movemos en unos 6.000 millones de diferencia respecto al pasado año, que se justifican fundamentalmente por la cuantía del tratamiento con la triple terapia antirretroviral de los pacientes con sida más la carga viral, a lo que hay que sumar la apertura de dos hospitales nuevos, el de Albacete y el de San Pedro de La Rioja, y la subida de precios de los productos que se consumen en un centro sanitario. Pensamos que, con estos condicionantes, el cumplimiento presupuestario se puede calificar como satisfactorio.

En otro orden de cosas es preciso aludir a que el contrato-programa recoge una serie de acciones para promover la mejora de la gestión y la financiación de los centros. En definitiva, se trata de ir avanzando en el conocimiento de los costes reales según la complejidad de los procesos que se atienden y de ir consiguiendo un mayor ajuste de la financiación que cada centro precisa para sostener su cartera de servicios. En este sentido, destacamos del contrato-programa lo siguiente. En primer lugar, la codificación de las altas hospitalarias. Un elemento esencial para avanzar en el conocimiento de la patología que atienden los centros del Insalud, y la casuística que resuelven es la cumplimentación, al alta, del conjunto mínimo básico de datos —CMBD—. En 1996 alcanzamos un 79 por ciento de hospitales que cumplimentaban el CMBD, con también un 79 por ciento de altas codificadas. Para 1997 nos planteamos que el cien por cien de los hospitales codifiquen más del 80 por ciento de las altas. Los resultados que pueden ofrecerse del tercer trimestre de este año es que el cien por cien de los hospitales cumplimentan el CMBD y que el porcen-

taje de codificación conseguido hasta ahora es del 87,82 por ciento, que es claramente satisfactorio.

En segundo lugar, se ha aumentado el número de procedimientos extraídos de la UPA, lo que significa contemplar una serie de procesos asistenciales que tienen una financiación diferenciada porque para su realización se precisa una importante cantidad de recursos o porque son procedimientos ambulatorios que interesa fomentar como modalidad asistencial. Son procesos incluidos en cirugía mayor ambulatoria como, por ejemplo, la extracción de cataratas, amigdalectomías, cirugía de varices, hemorroides, etcétera. Precisamente este año, al objeto de estimular la realización de estos procesos de cirugía mayor ambulatoria, se ha aumentado la tarifa de su financiación y se han incluido dos procesos más, con lo que finalmente suman 17 los procesos de cirugía mayor ambulatoria, a los que, además, se ha incrementado su tarifa de financiación.

En tercer lugar, merece la pena resaltar la normalización de la facturación de cobros a terceros. En el capítulo de financiación se ha incluido una consignación específica calculada sobre la base de la cuantía que cada hospital ingresará en concepto de cobros a terceros. Al objeto de estimular la gestión de estos cobros, la novedad en el contrato-programa de 1997 está en que si el hospital recupera una cuantía superior a la inicialmente asignada en concepto de cobros a terceros, el excedente revertirá en la financiación del centro, siempre y cuando el hospital no genere déficit presupuestario. En el contrato-programa está prevista una consignación global de 11.716 millones y la previsión de cierre que tenemos es que la facturación a terceros sea de 12.168 millones.

En cuarto lugar, la participación de los profesionales en el contrato-programa. Estamos convencidos de que el cumplimiento de este contrato sólo se conseguirá si el conjunto de la organización hospitalaria lo asume como suyo, para lo cual es fundamental que todos los profesionales conozcan su contenido, por lo que desde la presidencia ejecutiva del Insalud se ha impulsado el que se efectúe en los hospitales una presentación formal del contrato-programa. En este sentido, a principios de año se cursaron instrucciones concretas para que esta presentación se hiciera por parte del equipo directivo a la comisión mixta de cada centro y asimismo para que los jefes de servicio y/o unidad conocieran también de manera global el contenido del contrato-programa. Además, se pretende que los responsables informen de este contenido al personal que de ellos depende. Esta comunicación ha continuado en toda la fase de seguimiento, para cumplir con el compromiso de remitir las evaluaciones periódicas, cuestión que es básica y determinante para la asignación de la productividad variable. En este sentido, y como novedad, el contrato-programa de 1997 lleva incorporados la cuantía y los criterios que se ponderarán para la asignación de incentivos que, lógicamente, están asentados sobre el cumplimiento de los principales parámetros del contrato-programa y que son: actividad, tiempos de demora y calidad asistencial. En concreto la incentivación está basada en un 10 por ciento por la suscripción del contrato-programa, un 45 por ciento por el cumplimiento de los objetivos de calidad y un 45 por

ciento por el cumplimiento de los objetivos de actividad. Hasta ahora se ha realizado el pago a cuenta del primer semestre correspondiente al año 1997, y en su distribución han participado las comisiones mixtas bajo el principio de la máxima transparencia.

Recapitulando todo lo dicho anteriormente, finalizaré mi intervención con una serie de conclusiones que me gustaría que quedaran claras. Primera, que el contrato-programa se basa en dos grandes pilares: la actividad asistencial y la consignación presupuestaria. Ambos pilares deben ser definidos y pactados con la mayor exactitud. Segunda, que el seguimiento y la evaluación periódica del contrato-programa de cada centro debe realizarse con el máximo rigor, introduciendo periódicamente las medidas correctoras oportunas si se desvía de los pactos, tanto en cuanto a cumplimiento de la actividad, para no tener demanda asistencial insatisfecha, como en cuanto a presupuesto, para no generar déficit público. Hasta esta fecha puede afirmarse que, globalmente, el contrato-programa pactado a principios de año se está cumpliendo en todos los parámetros, con lo cual prevemos que a final de año el cierre será muy ajustado, tanto en términos económicos como asistenciales. Tercera, que la mejora de la calidad debe ser un planteamiento permanente que impregne la actividad asistencial del contrato-programa. Cuarta, que el perfeccionamiento de las herramientas de gestión debe ser una constante del contrato-programa, ya que a través de ellas conseguiremos mayor eficiencia de los recursos públicos. Quinta, que la participación de los profesionales y de los equipos directivos en la definición de las líneas que inspiran el contrato-programa y en los pactos que se efectúan es una necesidad cada vez más ineludible, ya que de una parte sus opiniones enriquecen el pensamiento de los gestores sanitarios y, de otra parte, constituyen un elemento motivador de primera magnitud. Sexta, que el contrato-programa debe seguir perfeccionándose cada año como instrumento de gestión, para contribuir a dar una mejor respuesta de los servicios sanitarios a las demandas y necesidades de prestaciones sanitarias de nuestra sociedad.

Hasta aquí mi exposición sobre los contenidos del contrato-programa de atención primaria y especializada que, en definitiva, lo que hacen es recoger los objetivos fundamentales del Insalud. A partir de este momento, quedo a su disposición para aclararles o ampliarles cualquier punto de su interés.

El señor **PRESIDENTE:** Por el Grupo Parlamentario Popular, que ha sido el solicitante de la comparecencia, tiene la palabra el señor Zambrano.

El señor **ZAMBRANO VÁZQUEZ:** Señor presidente, sirvan mis primeras palabras para agradecer al señor director general de Atención Primaria y Especializada del Instituto Nacional de la Salud su completa explicación a nuestra demanda respecto al contrato-programa que corresponde a todo el Sistema Nacional de Salud del territorio no transferido y que es, como bien decía, la suma de documentos que, convertidos en instrumento de gestión en cada centro sanitario, permiten especificar y, en este caso, cono-

cer una actividad pactada y programada dentro de una cartera de servicios, sin olvidar el mínimo nivel de calidad que debe alcanzarse y que siempre deberá ser el máximo posible; sin olvidar tampoco otro factor importantísimo para conseguir la eficiencia en la gestión: los costes, costes de cuyo control va a depender el cumplimiento presupuestario asignado.

Ha resaltado el señor director general en su exposición que el contrato-programa es una excelente herramienta de participación de los profesionales, ya que se firma después de un pacto previo en el que se han fijado unos objetivos reales y conseguibles de servicios y unidades de los distintos centros sanitarios. Por tanto, creemos que se ha hecho con criterios diferentes a los de ejercicios anteriores, en los que la participación de los profesionales no era precisamente una de las facetas más tenidas en cuenta de la política sanitaria. Conviene también resaltar, como ha explicado el señor director general, que la génesis del contrato-programa parte del irrenunciable principio de garantía del acceso equitativo a las prestaciones de los servicios sanitarios, unido a otros dos muy importantes: el incremento del nivel de satisfacción de los usuarios y la optimización de la utilización de los recursos, tanto materiales como financieros, del sistema sanitario público.

Después de escuchar la exposición del señor director general sobre el contrato-programa nos cabe decir, de forma clara y contundente, que no estamos ante un contrato puramente economicista sino que en él se preserva el cumplimiento de una serie de principios fundamentales e irrenunciables, tales como la equidad, la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios, adecuando los servicios sanitarios a las necesidades de salud de la población, tal y como demandan nuestra Carta Magna y la Ley General de Sanidad vigente. También quiero resaltar los dos estadios fundamentales en los que descansa el contrato-programa, según la exposición. Primero, tiene lugar una serie de rigurosas negociaciones del conjunto de objetivos de cada servicio y unidad, consiguiendo una amplia participación de los profesionales del sistema y, segundo, se produce el seguimiento y evolución periódicos del ritmo de cumplimiento de los objetivos, tanto económicos como asistenciales, de forma que permiten corregir desviaciones antes de finalizar el año y/o el fin del contrato. Por tanto, tampoco es un contrato firmado a la aventura, que pueda fracasar por improvisación, ni inesperada ni estrepitosamente, conduciendo a los acostumbrados agujeros presupuestarios anteriores. Todo lo contrario, hemos oído cómo se va cumpliendo, así como la previsión de una mínima desviación de cumplimiento para este ejercicio, de forma que no se generará más déficit público.

También quiero resaltar que el director general ha señalado que para 1997 han contado con una subida del presupuesto del 6 por ciento, frente al 2,4 de los Presupuestos Generales del Estado, lo que ha permitido y permite mantener una financiación adecuada del contrato-programa y está claro que después de los acuerdos sobre el sistema de financiación, en los próximos cuatro años mejorará notablemente, demostrándose, una vez más, pese a las críticas y sospechas gratuitas infundadas que se han levantado y

quieren levantarse, que este Gobierno y este partido han apostado y apuestan, de forma decidida y segura, por el sistema sanitario público, por su consolidación y su mejora.

En atención primaria quiero destacar brevemente —que, como bien ha dicho el señor director general, es la puerta de entrada al sistema público— que se ha potenciado tanto su actividad como su calidad, de manera que en 1997 se ha estimado que se realizarán tres millones más de consultas en medicina general, dos millones más de consultas de pediatría, dos millones más de consultas de enfermería, y un millón más de consultas de atención continuada. Esto supone un ritmo de crecimiento de la actividad —al decir del director general— superior al pactado, lo que dice mucho de cómo se están haciendo las cosas y del grado de satisfacción de los profesionales del sistema que, en definitiva, son los verdaderos gestores de toda la actividad sanitaria. Quiero resaltar los programas de atención prioritaria de acuerdo con las necesidades detectadas del niño, de la mujer y del adulto, y, paralelamente, el interés en aumentar la cobertura de los equipos de atención primaria, en un esfuerzo que dará como resultado que al finalizar el año únicamente menos del 15 por ciento de la población no estará atendida por estos equipos. Tampoco se ha olvidado a los usuarios, a los que se hace el centro del sistema, teniendo en cuenta para su atención la encuesta anual de satisfacción.

No quiero cansarles más refiriéndome a la serie de medidas que ha mencionado el director general, pero tampoco quiero dejar sin resaltar los programas de gestión que redundarán, con la creación de los consejos de gestión de área, en una mayor implicación de los profesionales de atención primaria en la adecuada utilización de recursos propios y en los consumos que generan. También quiero destacar —cómo no— el importante control realizado sobre el gasto farmacéutico, de forma que quede absolutamente claro que la financiación selectiva del medicamento no sería una medida aislada sino una más dentro de una batería de medidas emanadas de los dos decretos publicados sobre la materia en 1997, con lo que el crecimiento no superará este año el 6,5 por ciento, recordando que en 1995 fue del 12,16 por ciento, y en 1996 del 11,15 por ciento, muy por encima del crecimiento del gasto sanitario y de la inflación. También hay que decir que se ha hecho garantizando calidad, seguridad y eficacia y respetando la libertad de prescripción de los facultativos, según palabras del director general.

En cuanto a atención especializada, y también muy brevemente, hemos escuchado la consecución de unos objetivos ambiciosos, inspirados en la mejora de la equidad, la accesibilidad y la eficiencia, así como en la mejora de la calidad de los distintos servicios sanitarios. Hay que destacar dos cosas: primero, el aumento de la actividad quirúrgica en general, que ha hecho posible la reducción de las listas de espera, tal como se ha explicado en la anterior comparecencia y, sobre todo y en particular, la gran subida de la cirugía mayor ambulatoria en un 48 por ciento, lo que supone un importante ahorro de estancias hospitalarias y con ello la liberación de muchas camas. La segunda es la

importante reducción de la estancia media, que ha superado las mejores expectativas, pasando de un 9,14 de 1995 a un 8,29 actual, lo que es evidente que también redundará en la liberación de camas. Por tanto, destacando estos dos puntos, que además de suponer una importante mejora de los criterios de calidad revertirán también de forma importante en los criterios económicos, ya que suponen un ahorro teórico, según he entendido, de 28.000 millones, esto equivaldría a disponer, más o menos, de cinco hospitales de 500 camas más a utilizar en el sistema. Éstos son resultados que sin duda harán cambiar en el futuro próximo los criterios de planificación hospitalaria basados hasta hace muy poco casi exclusivamente en la ratio número de camas por habitante.

Para terminar quiero resaltar, por su importancia, y porque anula las críticas de economicismo vertidas contra el programa sanitario del Partido Popular, las actividades de mejora de la calidad que contempla el contrato-programa, tales como la mejora de la información al paciente, muy importante dentro de un programa de humanización, e impulsar y generalizar los programas de acogida para los pacientes que precisan hospitalización. Sobre todo quiero resaltar la creación en todos los hospitales del sistema de la figura del coordinador de calidad, dentro de un programa de calidad total.

No me parece necesario mencionar las medidas para promover la gestión y financiación de los centros, avanzando en los costes reales que eviten sorpresas e incumplimientos presupuestarios anteriormente habituales, y sólo quiero agradecer nuevamente al señor director general su comparecencia, al mismo tiempo que animarle para que siga trabajando en el mismo sentido, en este mismo camino que se trazó en el programa del Partido Popular y en el discurso de investidura de nuestro presidente de Gobierno, en los que se apuesta de forma inequívoca por un sistema público, gratuito, universal y equitativo, así como por su necesaria consolidación y modernización.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el señor Corominas.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Gracias, doctor Matesanz, por su exhaustiva explicación.

Antes de empezar y para que conste como petición formal del Grupo Parlamentario Socialista, petición que había formulado anteriormente en esta comparecencia mi compañero Moratalla y yo mismo, quiero solicitar del doctor Matesanz que remita periódicamente a esta Cámara tanto los datos de las listas de espera como los de los resultados de gestión del Insalud. Por tanto, establecemos de manera formal la petición de estos datos, ya que en su respuesta anterior ha manifestado que estaba dispuesto a facilitarlos con la periodicidad que estimase oportuna y que nosotros fijábamos trimestralmente para recibir esta información.

En relación con la comparecencia del doctor Matesanz, no voy a entrar en la discusión de las cifras y en este baile de números. Lo vamos a estudiar con todo detalle y, una vez realizado el estudio, en todo caso, pediremos su comparecencia para discutir algunas cuestiones. Lo que sí

quiero señalar es que a veces nos encontramos con ciertas contradicciones en los números que se nos presentan cuando leemos las memorias que se nos facilitan o que acompañan a los presupuestos y lo que después se afirma. Voy a poner simplemente dos ejemplos. Se ha referido muy de pasada a un tema que nosotros consideramos fundamental, que es la atención urgente a los pacientes. Ha dicho que el objetivo era establecer nuevos programas del 061; ésta es la única referencia que ha hecho a este tema de urgencias. Si repasamos los objetivos que tenía el Insalud en los años 1996 y 1997 y los que propone para 1998, vemos que no coinciden las cifras, que no coinciden los números de servicios que se piensan montar de unos años a otros, incluso la previsión para el año 1998 que se configura en la memoria de los presupuestos es inferior a lo que se preveía que se iba a realizar en el año 1997. Lo mismo sucede con otro tema del que también ha hablado y que hace referencia a la calidad, en el sentido de codificar las altas hospitalarias, el CMBD, en que las cifras de cumplimiento y de los objetivos a desarrollar no coinciden de un año para otro. Por eso digo que vamos a estudiar con todo detalle las cifras que nos ha dado el doctor Matesanz y, una vez analizadas, podremos discutir las.

Así pues, me voy a referir a temas muy generales, a temas globales, que a mi modo de ver han sido interesantes en la exposición que ha hecho el doctor Matesanz. Queda claro que el Insalud es el mayor proveedor de servicios sanitarios del Estado. Como ha dicho, atiende aproximadamente a catorce millones y medio de la población española y, por tanto, es el elemento básico de todo el Sistema Nacional de Salud. Resulta que, por lo que se ha manifestado, este proveedor de servicios que es el Insalud no plantea problemas. Mi impresión personal de la comparecencia anterior y de la comparecencia actual —y es una impresión subjetiva— es que hay un nivel de autocomplacencia bastante elevado, en el que no he oído en cuanto a las listas de espera y el contrato-programa ningún elemento de autocrítica. Sí que señala que hay que hacer mejoras, que es un proceso dinámico, que estamos bien y que podemos ir a mejor, pero no he encontrado ningún elemento crítico en estas cuestiones y supongo que debe haber algunos.

Otra cuestión que ha señalado el doctor Matesanz y que me gustaría que reconfirmara para que conste en el «Diario de Sesiones» es que tanto en el contrato-programa de primaria como en el contrato-programa de atención especializada, programas básicos del Insalud dentro del Sistema Nacional de Salud, no va a haber desviaciones presupuestarias que se van a cumplir. Ha dicho que en atención primaria no habría déficit y que en atención especializada prácticamente se puede cerrar el contrato-programa cumpliendo los objetivos tanto de actividad, por encima, como de control presupuestario, lo cual pone de manifiesto algo que hemos venido reiterando desde hace tiempo y que nos complace que hoy manifieste también el director general: que el sistema no genera déficit. Por tanto, en relación con todas estas discusiones que ha habido y que aún continúan sobre la financiación del sistema sanitario, señalando la primera premisa que el sistema es deficitario desde el punto de vista económico, no parece que el Insalud, que es



un provisor de servicios importante, genere este déficit. De ahí que si hay déficit, y parece que lo hay en algunas comunidades o en otras partes del sistema, habría que analizar por qué se produce dicho déficit, y esto no se ha tenido en absoluto en cuenta en el proceso de financiación para el cuatrienio 1998-2001.

También quisiera señalar que respecto a la financiación sanitaria, que parece que es un tema fundamental y básico, la buena gestión que nos ha manifestado el doctor Matesanz no ha tenido traducción en el reparto económico y quien ha salido perjudicado ha sido el Insalud. Es decir, los que mejor han cumplido el presupuesto, los que se ajustan a lo dado, en este momento resulta que salen perjudicados y se premia a los que han gestionado mal. No sé si este incentivo es adecuado o no.

Otro elemento importante es el gasto farmacéutico. Yo comparto, y mi grupo también, la opinión del doctor Matesanz de que debe aplicarse una política racional del medicamento y deben disminuirse los gastos por farmacia, no porque sean muy elevados sino porque algunos productos farmacéuticos no se están utilizando de forma racional y, por tanto, con criterios sanitarios. No parece que esta resolución haya sido la del Consejo de Política Fiscal y Financiera, sino que han fijado una cantidad independientemente del tipo de productos que se utilicen. Incluso para el presupuesto del año 1998, con la enmienda que ha entrado en el Senado del Partido Popular, que preveía un incremento del 5 por ciento en gastos de farmacia, 40.000 millones, disminuye esta partida de gasto farmacéutico en 25.000 millones. Yo no sé si se podrá cumplir, mi impresión es que no y que simplemente es para que cuadren unos números que desde el Ministerio de Economía y Hacienda se han realizado. Sorprendentemente, todo este tema sanitario se ha llevado a cabo, en contra de lo que manifestaba el representante del Partido Popular, con criterios economicistas y no sanitarios. Toda la discusión ha sido economicista y en absoluto se ha discutido si el gasto farmacéutico, aunque sea elevado, es necesario. Desde el punto de vista sanitario podemos estar de acuerdo en que hay gasto no necesario y que, por tanto, hay que reducirlo, pero si es necesario y fuera preciso incluso incrementarlo, habría que hacerlo desde el punto de vista sanitario.

Respecto a un sistema que se ha implantado para controlar a los prescriptores, que es el TAIR, queremos plantear algunas cuestiones. Muchos profesionales —aquí se ha hablado mucho de la importancia de la participación de los profesionales— plantean algunas dudas respecto a este sistema y a lo que puede representar para la intimidad personal, así como en otras cuestiones que en su momento analizaremos.

Asimismo, doctor Matesanz, quisiera señalarle que en su exposición en esta comparecencia me ha parecido notar que iba desgranando una serie de realizaciones que se han hecho, por las cuales le felicito efusivamente, pero mezclándolas con proyectos y con formulaciones futuras, sin delimitar claramente lo que se ha hecho y lo que se va a hacer.

En cuanto a que se ha respetado la libertad de prescripción, nos gustaría conocer las circulares que algunos ge-

rentes de área han mandado a los médicos de atención primaria respecto a farmacia, porque no parece que este principio se mantenga, sino que se aplican también criterios bastante economicistas.

Finalmente, en relación con la atención especializada, no nos ha hablado de un tema que se tocó en la comparecencia del señor Núñez Feijoo y que intentamos aclarar en los presupuestos: las subvenciones a los centros especializados por su ineficiencia. Usted no nos ha dicho hoy ni una palabra. Dice que hay dos tipos de subvenciones: la que reciben en función del contrato-programa por el desarrollo de sus funciones y la de aquellos centros que tienen un grado de ineficiencia tal que necesitan una subvención complementaria, que tiene que ir disminuyendo en años progresivos. Nos gustaría conocer con detalle los centros que no cumplen los objetivos, los centros que tienen esta subvención por ineficiencia, los programas que se han hecho para reducirla, etcétera.

También me gustaría que nos aclarara otra cuestión de la que tanto se habla y que nos presenta algunas dudas, y es el tema de la competencia regulada, cómo realizan esta competencia regulada los distintos centros de atención especializada, porque normalmente los pacientes van al centro de atención especializada que les corresponde o al que les mandan los médicos de atención primaria y difícilmente entendemos que se aumente o disminuya la actividad de un centro, con las repercusiones que pueda tener tanto en su estructura como en su personal, en función de esta ineficiencia.

Otro elemento que nos gustaría conocer —ya en esta vertiente economicista— es el costo por cama hospitalaria en los distintos centros, las diferencias que hay entre unos centros y otros, y si hay o no niveles de ineficiencia en algunos centros. Evidentemente, cuando dispongan de mayor información por los medios que van utilizando, tendremos los costos reales en cada centro y podremos ver lo que sucede.

Para terminar y no alargar esta intervención mía, quiero referirme a los cobros a terceros. Nos ha hablado de un presupuesto de cobros a terceros, cómo revierten, si se superan, en el propio centro.

Mi pregunta es cómo prevén una disminución de ingresos por cobros a terceros en el año 1998. ¿Es que piensan que va disminuyendo esta aportación o, al revés, tendría que aumentar?

Por último, se ha reiterado varias veces que el presupuesto del año 1997 ha sido de un 6 por ciento frente al incremento del 2,4 del conjunto de los presupuestos. Yo sospecho, por lo que usted ha manifestado, que este presupuesto que preveía un incremento del 6 por ciento es el que se ha ajustado y se va a terminar sin déficit, pero ¿cómo explica que el Ministerio de Economía y Hacienda haya traído para el año 1998 el 0,8 por ciento de este presupuesto con la excusa de que el PIB nominal de este año 1997 va a ser un 0,8 por ciento inferior? Porque es un dinero que ya se ha gastado, que estaba en el sistema sanitario, y se ha cumplido el presupuesto, lo cual por lo menos significa que hay un déficit del 0,8 por ciento si lo traen para el año 1998, que es lo que han hecho. Por tanto, yo

preveo dificultades en el futuro puesto que no se ha hablado de que haya habido ahorros en el año 1997; es decir, es un dinero que ya estaba, que el sistema sanitario ha utilizado. Nos gustaría conocer cuál es su opinión respecto a estas cuestiones.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Matesanz.

El señor **DIRECTOR GENERAL DE ASISTENCIA PRIMARIA Y ESPECIALIZADA** (Matesanz Acedos): Antes de nada, agradezco tanto al señor Zambrano como al señor Corominas sus comentarios.

Cuando el motivo de la exposición es tan amplio como el del contrato-programa de primaria y especializada, sin duda muchas veces entrar en concreciones resulta realmente complejo. Debo decir como línea general que, dada la distribución de competencias que en estos momentos existe en el Insalud y el motivo de la comparecencia, yo no voy a entrar a discutir todos estos asuntos de presupuesto que se han planteado aquí, porque evidentemente no son mi competencia, aunque sobre muchos de ellos se podría comentar bastante. Me he limitado a dar unos apuntes generales de cumplimiento del presupuesto, fundamentalmente capítulos 1 y 2 de primaria y especializada, diciendo que el cumplimiento en primaria es francamente bueno y yo creo que en especializada también, aunque hay una cierta desviación en el 2 por los motivos que antes he planteado, y que en líneas generales se adecua bastante a lo presupuestado.

Yo creo que la exposición no es triunfalista ni pesimista, sino francamente realista. En líneas generales, tanto en atención primaria como especializada, yo pienso que las cosas se están desarrollando de acuerdo con lo previsto. En cuanto a la eventual discrepancia de algunos de los puntos expresados en alguna de las memorias de presupuesto con lo actual, el otro día me fue planteado en el Senado el tema del 061. Yo entiendo que en algún momento determinado puede haber algún tipo de discrepancia, fundamentalmente por lo que representa una memoria de presupuestos por una parte y lo que representa un compromiso inicial de contrato-programa por otra, y quiero dejar claro, por ejemplo, que es un objetivo de legislatura que el 061 se extienda a las diez comunidades del Insalud. Según el ritmo lógico de desarrollo de este objetivo, en el primer año han sido tres comunidades, en el segundo año entendemos que tienen que ser otras tres, y así sucesivamente hasta completar las diez comunidades del Insalud —previamente existía en Madrid, Asturias y Baleares— a lo largo de toda la legislatura.

Hay un tema que planteaba el señor Zambrano haciendo hincapié en que todos los comentarios distan mucho de ser economicistas, y lógicamente la opinión contraria del señor Corominas. Podríamos hablar de cada uno de los capítulos, pero yo quiero detenerme en algo que se ha resaltado especialmente: el gasto farmacéutico. Me parece que hay una coincidencia de todos en la necesidad de potenciar todas estas medidas en el uso racional del medicamento. Creo que hasta ahora todas las medidas adoptadas

han ido claramente en este sentido, es decir, que los medicamentos utilizados sean libremente prescritos por el médico y siempre se adecuen a las normas reconocidas por el estado actual de la ciencia y de la medicina. En este sentido, si por las circulares de determinados gerentes el señor Corominas se refiere a las que han aparecido en la prensa sobre algunas áreas de Madrid y algunas otras, precisamente dentro de este programa de uso racional del medicamento, hace ya unos años, no ahora, en 1993 y 1994 se definieron una serie de medicamentos conocidos como de baja utilidad terapéutica, los UTB, de los que efectivamente existe una relación amplia y seguro que conocida por SS. SS., porque tampoco constituye ningún secreto de Estado, que ha sido incluida en las guías de numerosas áreas de todo el Insalud a lo largo de los años anteriores, de manera que está ampliamente impresa, y desde hace unos años la monitorización de su utilización constituye uno de los objetivos de las distintas áreas de primaria en cuanto a política de uso racional del medicamento precisamente. Todos estos medicamentos que por diversos motivos, porque no se ha demostrado que su principio activo tenga una utilidad terapéutica adecuada, porque la vía de administración que se presenta no es la adecuada —pomadas antiinflamatorias por ejemplo— o porque la unión de dos principios activos de forma no adecuada no resulta especialmente indicada para su prescripción, llevan calificados como de baja utilidad terapéutica desde hace bastante tiempo, son conocidos por todos los profesionales y el porcentaje de su utilización es monitorizado. Debo decir, además, que dentro del ámbito del Insalud el porcentaje de utilización de estos medicamentos es de los más bajos de todo el Sistema Nacional de Salud, precisamente por el especial hincapié que se ha hecho en la política de uso racional del medicamento, y que en aquellas comunidades en donde la política de uso racional del medicamento ha sido especialmente activa el incremento del gasto farmacéutico ha sido menor, de manera que tampoco cabe calificar como casual que en estos momentos la desaceleración que se ha producido en este tema haya sido, como les decía antes, de más de siete puntos y que eso nos haya permitido ese ahorro de 22.000 millones de pesetas, que desde luego se han quedado dentro del sistema, y no como algunos otros producidos en años anteriores mediante medidas que desde luego sí tenían bastante más de economicistas que las actuales.

El TAIR es un asunto que creo fundamental, porque todo el mundo conocía y sigue conociendo que existe una desviación muy importante de recetas de agudos a pensionistas. No hay más que ver que la contribución de alrededor de un 20 por ciento que existía en global en cuanto al pago por receta, hace quince años, en estos momentos es de tan sólo un 8,9 por ciento. Es decir, se ha producido un descenso de esa contribución, lo que pone de manifiesto precisamente una desviación muy importante de recetas de agudos a pensionistas. Éste es un tema conocido desde hace tiempo y la única forma de atajarlo en estos momentos es tener un control de destino de cada receta. ¿Para qué? Para conseguir un objetivo que tampoco cabe calificar de economicista: que todo aquel pensionista que necesite un medicamento lo consiga a coste cero y todo aquel

que por ley tenga que hacer una contribución del porcentaje que sea contribuya con ello de la forma en que en cada momento estipule la ley. Va en beneficio de todos los usuarios que aquellas prestaciones a las que se tenga ese derecho sean conseguidas a coste cero y no a costa de producir una desviación de determinadas partidas de unos sitios u otros.

En cuanto a la competencia regulada tengo que coincidir con el señor Corominas. Se trata de una previsión de futuro de a dónde se quiere ir, pero en este momento ese concepto carece de sentido, no hay ningún tipo de competencia regulada. Otra cosa es a dónde se quiere ir.

La subvención por ineficiencia es un concepto contable, de gestión, para entender mejor cómo se financian los hospitales en el futuro. En este momento se ha avanzado mucho en el cálculo de todo tipo de situación contable de los hospitales. Será un concepto a aplicar como herramienta de gestión en los próximos años para saber cuál es el coste real de cada cama en cada hospital. Igualmente le puedo decir que en cuanto a la contabilidad analítica se ha avanzado mucho a lo largo de este año. Los costes por cama de cada hospital están perfectamente calculados. No los tengo aquí, pero no hay ningún problema en proporcionar cuantos datos se establezcan en este sentido.

Con todo esto, creo que he contestado a la mayoría de las cuestiones que eran de mi competencia. Si hay alguna cosa más, con mucho gusto la atenderé.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Mateanz. Le agradecemos su comparecencia.

— **COMPARECENCIA DE LA SEÑORA DIRECTORA GENERAL DE PRESUPUESTOS E INVERSIONES (NAVARRO FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ), PARA EXPLICAR LA EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD) GESTIÓN DIRECTA DEL AÑO 1996 Y DEL PRIMER SEMESTRE DE 1997. A SOLICITUD DEL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO (Número de expediente 212/001086).**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al punto tercero del orden del día: Comparecencia del Secretario General de Asistencia Sanitaria, que por acuerdo de la Mesa y portavoces es sustituido por la Directora General de Presupuestos e Inversiones del Insalud, señora Navarro, para explicar la ejecución presupuestaria del Instituto Nacional de la Salud, gestión directa, del año 1996 y del primer semestre de 1997. Dicha comparecencia ha sido solicitada por el Grupo Parlamentario Socialista. Para su exposición tiene la palabra la señora Navarro.

La señora **DIRECTORA GENERAL DE PRESUPUESTOS E INVERSIONES** (Navarro Fernández-Rodríguez): Señor presidente, señorías, comparezco ante ustedes para explicar el nivel de ejecución de las inversiones del Instituto Nacional de la Salud en 1997 y también para

informarles sobre el plan y los programas a desarrollar en el futuro por este instituto. En este contexto hay que señalar que debido a la necesaria contención del déficit público, durante los últimos años, las inversiones públicas se han visto frenadas en el conjunto de las administraciones y, por supuesto, si la contención y reducción del déficit público afecta al todo también lo hará a uno de sus componentes, en este caso al Insalud. Este hecho ha influido de manera notable sobre el monto total de las inversiones proyectadas por el Insalud, determinando un freno en la actividad inversora de la entidad. A pesar de que el modelo de financiación que se acordó en el año 1994 ha posibilitado un incremento importante del volumen de recursos destinados al sector sanitario, esto no ha influido en las dotaciones presupuestarias y efectivamente ejecutadas para el capítulo de inversiones del Instituto Nacional de la Salud, ya que los incrementos presupuestarios se tuvieron que desviar hacia la resolución de otras insuficiencias, marginando temporalmente las asignaciones correspondientes a las inversiones reales del instituto.

Como resultado de las consideraciones anteriormente enunciadas, la partida del presupuesto del Insalud dedicada a inversiones no ha superado la cifra de 40.000 millones en los últimos seis años. No obstante y como consecuencia de la aprobación del nuevo modelo de financiación sanitaria, como en la segunda parte de esta intervención se significará, el volumen de recursos allegados para el gasto en inversiones se eleva, por vez primera, por encima de la referida cifra en el próximo ejercicio. Todos estos planteamientos evidencian que, en la materia objeto de esta comparecencia, la inversión pública se muestra como un elemento especialmente sensible para el equipo directivo del Insalud a la hora de proceder anualmente a la elaboración del proyecto de presupuesto, y que en el superior marco del modelo de financiación sanitaria para el cuatrienio 1998-2001 cobra especial relevancia y significación al explicitar objetivos a medio y largo plazo que permitirán analizar coherentemente las decisiones presupuestarias en un horizonte temporal más amplio.

A continuación pasaré a explicar el nivel de ejecución de las inversiones del Insalud en 1997, a 30 de noviembre, para examinar más tarde los planes que el instituto pretende encarar para el futuro. Los Presupuestos Generales del Estado dotaron para el ejercicio 1997 al Insalud con 39.544 millones de pesetas para inversiones reales. Estos créditos han sufrido modificaciones presupuestarias, a lo largo del ejercicio, cuantificadas en 2.255 millones para configurar un presupuesto actualizado de 41.799 millones. Dichas modificaciones representan un incremento del 5,7 por ciento de las dotaciones iniciales y son el resultado de variaciones crediticias fruto de generaciones de crédito, por importe de 1.904 millones, y de ingresos por servicios prestados a terceros, por importe de 351 millones.

Descrito ya el presupuesto actualizado, consecuencia del inicial más las modificaciones, hay que detallar el estado de ejecución del capítulo 6, inversiones reales, que a nivel agregado se sitúa en un importe de obligaciones, a 30 de noviembre, de 19.310 millones, que supone un 46,2 por ciento del presupuesto, porcentaje que puede considerarse

acorde con el nivel de ejercicios anteriores, ya que refleja las certificaciones de obras tramitadas y no el nivel de adjudicación de proyectos. Si tenemos en cuenta el importe contratado, el grado de ejecución es del 87,29 por ciento, con un importe comprometido de 36.485 millones de pesetas, estimándose alcanzar un grado de ejecución próximo al cien por cien al final del ejercicio. La ejecución presupuestaria de este ejercicio 1997 debe analizarse teniendo en cuenta tres aspectos. En primer lugar, la escasa dotación económica del presupuesto para inversiones ha dificultado, aunque parezca paradójico, su ejecución presupuestaria. No existiendo margen económico para atender los incrementos producidos por las numerosas incidencias existentes en los complejos proyectos de obra en ejecución, ha sido necesario reajustar económicamente gran parte de las obras para disponer de crédito y poder distribuir los planes de montaje y necesidades a los centros del Insalud. Todo este proceso ha consumido un tiempo que obliga a un esfuerzo suplementario para recuperarlo ahora, en la ejecución económica, básicamente de los suministros. En segundo lugar, hay que tener en cuenta que el ejercicio económico finaliza, a efectos de tramitación de obligaciones reconocidas, el último día del mes de enero de 1998; es decir, se ha ampliado un mes el plazo para contraer obligaciones. Por ello, se está utilizando este período de finales de ejercicio para ultimar la ejecución de los expedientes y recepcionar los bienes, procediendo, en algunos casos, al reconocimiento de obligaciones durante el mes de enero del próximo año. Por último, hay que tener en cuenta que la adquisición de suministros no se realiza de forma plurianual, como la contratación de obras, tramitándose en sus distintas fases de licitación, contratación, ejecución y recepción en un único ejercicio económico. Por ello, y considerando que la recepción y el pago se hacen en un único acto final, y no como pagos parciales como ocurre en las obras, es normal que la ejecución sea baja hasta los dos últimos meses del año.

Descrito el grado de la ejecución global de las inversiones del Insalud y concretado el nivel de obligaciones, tomando en consideración las matizaciones anteriormente efectuadas, la realización de inversiones a nivel de subfunción es la siguiente. Las inversiones en atención primaria estaban dotadas, a comienzo del ejercicio, con unos créditos iniciales por importe de 8.474 millones. Este importe se ha visto incrementado, a lo largo del año, en 1.692 millones como consecuencia de modificaciones de créditos para equipos informáticos que se destinarán a la adquisición de los terminales autónomos para identificación de recetas, los TAIR, y para planes de necesidades de centros de atención primaria, alcanzando una cifra actualizada de 10.166 millones. El grado de ejecución en esta subfunción se sitúa en el 61,08 por ciento, con un importe de obligaciones de 6.209 millones. Como ya he indicado anteriormente, este porcentaje no puede considerarse significativo, siendo el importante el porcentaje de crédito contratado, que alcanza un 77,43 por ciento, con un importe de 7.870 millones. El importe no contratado, que alcanza la cifra de 2.295 millones, es consecuencia de los 1.912 millones destinados a la adquisición de equipos in-

formáticos, básicamente los TAIR, en trámite de contratación, y de las liquidaciones y revisiones de precios pendientes de abonar. Se espera que estos importes sean íntegramente ejecutables durante este ejercicio. Las dotaciones iniciales de crédito para atención especializada han sido en 1997 de 30.356 millones de pesetas. Este importe se ha visto incrementado en 563 millones, derivados de ingresos por servicios prestados a terceros, hasta alcanzar la cifra de 30.919 millones. El grado de ejecución de esta subfunción es del 42,13 por ciento, con un importe de obligaciones de 13.025 millones. Como ya vengo indicando, esta ratio no puede considerarse significativa, pero sí el porcentaje de crédito contratado, que para esta subfunción alcanza una tasa del 90,31 por ciento, con un importe de 27.922 millones. El importe no contratado asciende únicamente a 2.998 millones, consecuencia básicamente de las liquidaciones y revisiones de precios pendientes de abonar. Las dotaciones iniciales de crédito para administración, la subfunción 25, han sido para 1997 de 714 millones, cantidad que no ha sufrido modificaciones a lo largo del ejercicio y que coincide con el presupuesto actualizado. El grado de ejecución de esta subfunción es del 10,55 por ciento. No obstante, los créditos contratados alcanzan un porcentaje del 68,49 por ciento, con un importe de 693 millones.

Paso a continuación a informarles sobre el plan de inversiones a desarrollar en el futuro en esta entidad y que se concreta de forma específica en el anexo de inversiones del proyecto de presupuestos para 1998 de la entidad. Nos encontramos ante un proyecto de presupuestos del Insalud para 1998 que se fundamenta en el nuevo modelo de financiación sanitaria para el cuatrienio 1998-2001, aprobado por el Consejo de Política Fiscal y Financiera. Esto, evidentemente, significa que se constituye en una pauta segura a desarrollar para el futuro cercano del Insalud y que para el próximo ejercicio se traduce en una financiación suficiente que permitirá acometer los proyectos asistenciales planteados para 1998. Estos proyectos, sin duda alguna, incidirán en una mayor accesibilidad asistencial y en una disminución de los períodos de acceso a las prestaciones sanitarias que demanda nuestra ciudadanía y que —es importante subrayarlo— patentiza una firme voluntad política al ser un claro ejemplo de superior financiación sobre el conjunto consolidado de los Presupuestos Generales del Estado. Por consiguiente, considero que un aspecto esencial para entender la filosofía que inspira este proyecto de presupuestos del Insalud es comprender el importante esfuerzo que se ha realizado en la inversión. El nuevo modelo de financiación aprobado configura un proyecto de presupuestos para 1998 que contempla unas inversiones por importe de 54.093 millones de pesetas, lo que supone un incremento de 14.549 millones, en términos absolutos, sobre el presupuesto inicial de 1997 y que representa un incremento del 36,79 por ciento en términos relativos. Si tenemos en cuenta, por otro lado, las inversiones previstas vía subvención para la Fundación Hospital Alcorcón, 1.275 millones, y para la cofinanciación del hospital Royo Villanova en Zaragoza, 350 millones, las inversiones reales para el próximo año se elevan a 55.718 millones de pe-

setas, lo que representa un incremento respecto a 1997 del 40,19 por ciento.

Dentro del marco del Insalud, las inversiones reales tienen como objetivo la ejecución de un programa, tanto para obras como para equipamiento, dirigido a reducir los desequilibrios territoriales, de manera que se garantice la equidad en el acceso a los servicios por parte de la población, así como la mejora de la actividad de los servicios existentes, para lograr de esta forma una mayor eficiencia en el uso de los caudales públicos. Dividiré, a continuación, el análisis en dos bloques. Un primer apartado está dirigido a explicar las grandes cifras y actuaciones a nivel de programa presupuestario y, a continuación, haré sucinta referencia a las principales repercusiones que este volumen de inversiones plantea en cada comunidad autónoma del Insalud gestión directa.

En el programa 2121, atención primaria de salud, el objetivo planteado es el de avanzar en actuaciones ya iniciadas en ejercicios anteriores, así como construir nuevos centros de salud en aquellos territorios en los que el índice de cobertura de la población y el estado de la infraestructura así lo exija. El presupuesto de este programa crece un 53,45 por ciento con respecto al ejercicio anterior. Su importe total asciende a 13.004 millones de pesetas, destinándose a inversión nueva 11.023 millones y 1.981 millones a inversión de reposición. Dentro de las inversiones nuevas se destinan 7.523 millones para obras, 1.100 millones para planes de montaje y 2.400 millones para informática. Entre sus principales actuaciones destacan la terminación de 20 centros de salud, iniciados en ejercicios anteriores, con un importe de 2.428 millones; la continuación de otros 15 por importe de 1.515 millones; y finalmente el inicio de obras de construcción en otros 26 centros de salud, para los que se ha previsto una inversión de 2.723 millones de pesetas. Con respecto a las inversiones de reposición se destinan 950 millones para obras, 556 millones para planes de necesidades, es decir, reposición de equipamiento en centros de salud, y 475 millones para informática. Las principales actuaciones de reposición se centran en la terminación de obras de reforma en tres centros, por valor de 104 millones, la continuación de obras en otros cuatro, por valor de 404 millones, y el inicio de obras de reforma y ampliación de cinco centros de salud, por valor de 124 millones.

En el programa 2223, atención especializada, la prioridad se fija en la reposición, tanto en obras como en equipamiento, del parque hospitalario existente, en base a la planificación y programación asistencial previa. Asimismo, y al igual que en el programa anterior, la creación de nuevos centros se encuentra destinada a corregir desequilibrios territoriales, de manera que la equidad queda asegurada en este nivel de la asistencia sanitaria. El presupuesto de este programa crece un 31,65 por ciento respecto a 1997, si bien al incluir las inversiones antes citadas de la Fundación Hospital Alcorcón y del hospital Royo Villanova de Zaragoza este crecimiento se sitúa en el 36,10 por ciento. Las inversiones totales en atención especializada se cifran en 39.964 millones, alcanzando 41.589 si consideramos las subvenciones a los hospitales citados. Para inver-

sión nueva se destinan 8.771 millones, destacando el inicio de la construcción del nuevo hospital de Ciudad Real, por valor de 2.000 millones, y la continuación de las obras de construcción de los nuevos hospitales de Palma de Mallorca y Calahorra, en La Rioja, por importe, respectivamente, de 2.894 y 487 millones de pesetas, en 1998. También ha de destacarse la redacción de los proyectos de los nuevos hospitales de Fuenlabrada, en Madrid; San Pedro, en La Rioja, y Valladolid. En relación con las inversiones de reposición se destinan 18.893 millones para obras, 8.000 millones para planes de necesidades, es decir, reposición de equipamiento, 2.200 millones para planes de montaje o, lo que es lo mismo, el equipamiento de centros nuevos o reformados, y finalmente 2.100 millones para equipamiento informático. Entre las principales actuaciones de reposición destacan: el inicio de reformas en 20 hospitales, destinando al efecto 4.930 millones en 1998, la continuación de reformas en otros seis, por un importe de 7.066 millones, la finalización de obras de reforma en cinco hospitales y un ambulatorio por un importe global de 3.183 millones. Entre los hospitales que inician reformas destacan, por su importancia, los de Puerta de Hierro, Santa Cristina y Leganés, en Madrid; La Arrixaca, en Murcia; Son Dureta, en Baleares; Talavera, en Toledo, y el hospital de León. Entre los que continúa la ejecución de reformas destacan los hospitales clínicos de Zaragoza y Madrid y el hospital de Mérida, en Badajoz. Por su parte, se finalizan obras en los hospitales de Valdepeñas, en Ciudad Real; Marqués de Valdecilla, en Santander; La Paz y La Fuenfría, en Madrid, y La Arrixaca, en Murcia.

Finalmente, como había adelantado antes, comentaré rápidamente las principales incidencias en las comunidades autónomas dependientes del Insalud. La inversión para 1998 en la Comunidad Autónoma de Aragón asciende a 3.467 millones de pesetas, con un coste total de 14.541 millones. En atención primaria se destinan 2.154 millones para la construcción de seis centros de salud y la reforma de otros tres, de los que 990 millones de pesetas se gastarán el próximo ejercicio. En atención especializada se presupuestan obras de reposición por un importe total de 12.387 millones en tres hospitales —Clínico y Miguel Servet, en Zaragoza, y Obispo Polanco, en Teruel—, con una anualidad para el próximo ejercicio de 2.477 millones.

El total de inversiones en la Comunidad Autónoma de Asturias para el próximo año ascienden a 764 millones, con un coste total de los proyectos de 4.972 millones. En atención primaria se presupuestan inversiones nuevas por un importe total de 1.958 millones en seis centros de salud y un consultorio. De este importe, 454 millones se gastarán en el próximo ejercicio. En atención especializada se destinan 3.000 millones para obras de reposición entre tres hospitales —Riaño, Hospital de Oviedo y Cabueñes—, de los que 310 se gastarán en el próximo año.

En total, el próximo año se invertirán 3.486 millones en la Comunidad Autónoma de Baleares, con un coste total de 18.745 millones de pesetas. En atención especializada se prevé una inversión total en la construcción del nuevo hospital Palma II de 8.483 millones, de los cuales 2.894 millones de pesetas están presupuestados para el próximo año.

Asimismo se destinan 10.262 millones para obras de reposición en tres hospitales —Son Dureta, Ibiza y Mahón—, de los que 592 están situados en el ejercicio 1998.

En 1998 se invertirán en Comunidad Autónoma de Cantabria 879 millones de pesetas. Dentro del programa de atención primaria se prevé invertir globalmente 829 millones, destinando, en 1998, 389 a inversiones nuevas en cuatro centros de salud y la reforma de otro centro. En atención especializada se prevé finalizar las obras de reforma del pabellón 21, Hospital Valdecilla, y elaborar el programa funcional que determine las actuaciones en el resto del complejo, con una inversión en el próximo ejercicio de 489 millones.

La inversión total el próximo año en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha será de 3.181 millones de pesetas, con un coste total de 26.067 millones. Las actuaciones en atención primaria se centran en la inversión nueva en tres centros de salud y en la inversión de reposición en otros dos, todo ello dentro de un plan global de 1.002 millones de pesetas. En atención especializada se destinan, en 1998, 2.000 millones, para la construcción del nuevo hospital de Ciudad Real, dentro de una previsión global de gasto de 15.881 millones. Asimismo se prevén obras de reposición en seis hospitales, de los que destacan Albacete, Valdepeñas, en Ciudad Real, y Talavera y Virgen de la Salud, en Toledo, por importe de 9.185 millones, de los que 899 se invertirán el próximo ejercicio.

La inversión total de la Comunidad Autónoma de Castilla y León para 1998 asciende a 3.376 millones de pesetas referida a proyectos con un coste total de 36.927 millones. En el programa de atención primaria para esta comunidad, dentro de una planificación global de 4.350 millones, se invertirán 1.130 millones en la construcción de ocho centros de salud y en la reforma de otro. En atención especializada se destinan 500 millones de pesetas para la construcción del hospital de Valladolid, cuya inversión total ascenderá a 12.080 millones de pesetas. Asimismo se invertirán 1.745 millones en inversiones de reposición en nuevos hospitales, de los que destacan Nuestra Señora de Sonsoles, de Ávila; General Yagüe, de Burgos; Hospital de León, General, de Segovia, y Virgen de la Concha, en Zamora.

La inversión total en la Comunidad Autónoma de Extremadura será de 3.084 millones de pesetas el próximo ejercicio, 9.785 millones de coste total. Entre las actuaciones en atención primaria destaca la programación de inversión nueva por importe de 465 millones en 1998 para cinco centros de salud. En atención especializada se invierten 2.595 millones en cinco hospitales —Mérida, Badajoz, Coria, Cáceres y Plasencia—, para los que globalmente se prevé invertir 7.919 millones.

La inversión total en 1998 será de 537 millones para la Comunidad Autónoma de La Rioja, 7.523 millones de coste total. Dentro de atención especializada y en un plan global de 6.998 millones, se continúan las obras del Hospital de Calahorra y se inicia el proyecto del nuevo Hospital San Pedro.

El total de inversiones para el próximo año en la Comunidad Autónoma de Madrid será 9.555 millones. En aten-

ción primaria se prevén inversiones totales de 9.467 millones, de los que se gastarán 2.949 el próximo año; 2.698 millones en inversión nueva en 29 centros de salud y 251 en inversión de reposición en tres centros de salud y en el aparcamiento del servicio de urgencias 061. Para hospitales se destinan el próximo año 150 millones, al objeto de iniciar el proyecto del nuevo hospital de Fuenlabrada, cuyo coste total ascenderá a 6.600 millones de pesetas, y 1.114 millones de pesetas para liquidar el hospital de Alcorcón. También se realizarán inversiones de reposición en siete hospitales, de los que destacan La Paz, el Clínico, Puerta de Hierro y Santa Cristina, por importe de 5.342 millones, todo ello enmarcado en un plan de inversiones de 33.525 millones para esta región.

La inversión total en la Comunidad Autónoma de Murcia para 1998 será de 2.458 millones de pesetas. En atención primaria se invertirán el próximo año 732 millones de pesetas en inversión nueva en nueve centros de salud y en atención especializada y para 1998 se invertirán 1.726 millones en obras de reposición en dos hospitales —Virgen de la Reixaca y Cartagena— dentro de un plan global de 9.005 millones de pesetas.

El total de inversiones para Ceuta será de 192 millones en 1998, destinándose 62 para la construcción de un centro de salud y 130 para el servicio de urgencias del hospital.

Por último, se destinarán el próximo año 38 millones de pesetas en obras de reforma del servicio de urgencias del hospital de Melilla, que alcanzarán finalmente un coste total de 68 millones de pesetas.

Señorías, espero que comprendan que esta intervención ha resultado algo prolongada y quizá con demasiados datos, pero he creído conveniente extenderme en la explicación de algunos aspectos que son muy relevantes para dar cuenta del estado de las inversiones del Insalud en el presente ejercicio y, sobre todo, para el ejercicio próximo.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el señor Corominas.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Agradezco a la señora Navarro el esfuerzo que ha hecho dándonos todos estos datos, que son muy interesantes —además, como titulares de prensa, que me parece que es el objetivo que tenía lo que nos ha dicho, puede ser muy interesante—, pero exactamente no era lo que habíamos pedido en la comparecencia. En este sentido, yo solicito al señor presidente que se mantenga esta comparecencia, porque lo que habíamos pedido era el nivel de inversiones, el grado de ejecución de inversiones en el año 1996 y las que se habían hecho en el primer semestre de 1997, no lo que se pensaba hacer en 1998. De todas formas se lo agradezco, aunque pienso que se ha equivocado de momento procesal, porque esta comparecencia de la señora Navarro hubiera sido muy útil si fuera la comparecencia de la discusión previa a los presupuestos. Además, lo que nos ha señalado es algo que está en una enmienda que ha presentado el Partido Popular en el Senado, que esperamos que se apruebe porque para eso tiene mayoría absoluta, pero es una falta de respeto a esta Cámara, tal como se ha planteado el tema de los pre-

supuestos y de las inversiones para el año 1998. Esperemos que esto no sea un borrador y que, después de su paso por el Senado y su vuelta al Congreso, no haya pactos políticos, que a veces se establecen de madrugada entre algunos grupos, para que no se disminuyan algunas de estas cantidades y puedan hacerse estas inversiones de las cuales nos congratulamos.

Lo que nosotros habíamos pedido era cómo se habían desarrollado las inversiones en los años 1996 y 1997. Lo que nos ha dicho respecto del año 1997, y la agradezco que además lo haya extendido hasta el 30 de noviembre, demuestra un nivel de ejecución muy bajo y si nos hubiéramos referido al primer semestre aún sería más bajo. Es evidente que se pueden hacer ahorros y que se puede evitar que haya déficit; si no se invierte y no se gasta nada del dinero previsto, se puede funcionar.

Otra cosa —y de ahí venía parte de la petición de la comparecencia— es que la presentación primera de los presupuestos no tiene nada que ver con lo que nos ha dicho hoy la señora Navarro, los presupuestos que discutimos en esta Cámara y los que estuvimos intentando aclarar en una comparecencia que hizo el señor Núñez Feijoo en esta misma Comisión. Como muy bien nos ha señalado la señora Navarro, se ha pasado, en inversiones, de un incremento de un dieciséis y pico por ciento, que era lo que habíamos discutido, al treinta y seis y pico por ciento, de lo cual nos congratulamos, estamos muy contentos de que se invierta, pero no hemos podido analizarlo ni discutirlo. Lo que sí habíamos observado, y éste era el motivo de la comparecencia, es que había una serie de inversiones previstas para los años 1996 y 1997 que se iban alargando. Es decir, lo que se había hecho con todas las inversiones que ya estaban contempladas en presupuestos anteriores era alargar el período de finalización de las obras, lo cual nos producía cierto temor, porque es evidente que se hacía un reparto. Probablemente, ahora, con las cifras que nos ha dado la señora Navarro, podrá acortarse algún período, pero lo que se hacía era el reparto de unos pocos millones a muchos sitios, para decir que se iba sembrando mucho y poder decir en cada comunidad que había algo, pero eran cantidades ínfimas y, como digo, se alargaba extraordinariamente el período de conclusión de las obras.

No vamos a entrar en la discusión de lo que van a hacer para 1998. Supongo que nuestros compañeros en el Senado ya discutirán las enmiendas del Partido Popular; sí quiero agradecerle que haya tenido la deferencia de señalar en esta Cámara cuál es el proyecto que tienen el Partido Popular y el Gobierno sostenido por este grupo parlamentario, porque ningún otro responsable ha sido capaz de explicar en esta Cámara algunas de las cuestiones.

Reitero lo que ha manifestado al principio, señor presidente, que mantenemos la petición de comparecencia para que nos expliquen las inversiones de 1996 y 1997.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Gutiérrez.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA**: En primer lugar, quiero agradecer en nombre de mi grupo la comparecencia

de la señora directora general y, tras nuestra bienvenida y nuestra felicitación, voy a comentar algunos de los aspectos que aquí se han desgranado y a exponer el criterio de nuestro grupo parlamentario.

Nosotros no vamos a enzarzarnos ahora en cifras, en porcentajes, en cumplimientos presupuestarios o en niveles de ejecución ya que entendemos que es otro el objeto, el núcleo de la comparecencia; si lo hiciéramos así, quizá los árboles no nos dejaran ver el bosque. Insistiendo en lo que ha dicho la señora directora general, tengo que manifestar que, tal como se señala en los anejos de inversiones, los presupuestos reflejan el sistema del nuevo modelo de financiación, y me extraña que se haya dicho que esto no ha sido explicado con suficiencia por otros representantes ministeriales o de la entidad gestora; quizá yo he estado en otras comparecencias. Y me alegra que lo haya dicho la señora directora general, ya que desde nuestro grupo parlamentario teníamos claro que era necesario establecer una base financiera suficiente, una base que garantizara la adecuación de los recursos a las necesidades y a la estabilidad presupuestaria del Sistema Nacional de Salud para el cuatrimestre 1998-2001 y que, por tanto, eran necesarios mayores recursos, aspecto que también han señalado otros grupos parlamentarios.

En segundo lugar, y, aunque respetamos cualquier planteamiento, a nosotros nos parece que, precisamente por figurar en el nuevo modelo de financiación y por haberse dicho en el Consejo de Política Fiscal y Financiera, ésta era una pauta de seguridad para la ejecución de los propios presupuestos, con independencia de otro debate que pudiera suscitarse, pero que entendemos que no es el que conviene en este momento de la comparecencia de la directora general.

Con independencia de las posiciones políticas de cada grupo parlamentario, lo cierto es que la financiación a nosotros nos parecería suficiente, porque precisamente el aspecto que se ha señalado, el mayor acceso a las prestaciones por parte de la población, era otro aspecto que también, como línea general maestra de la exposición que ha hecho la señora directora general, convendría que se reforzara, junto con el esfuerzo inversor del que se ha hablado y en el que no vamos a insistir. Sería fácil redundar en las cifras que se han dado, pero por la necesaria brevedad en la exposición no voy a entrar en eso.

El enfoque de los datos que tenemos sobre la ejecución de los presupuestos de 1996 y 1997 a algunos grupos parlamentarios les puede parecer no suficientemente alto o incluso bajo, pero a mí me gustaría señalar, como filosofía de la comparecencia de la señora directora general, el aspecto de la ejecución de obras para tratar de los desequilibrios territoriales, aspecto importante que mi grupo quiere destacar y que creo de justicia poner encima de la mesa, y, sobre todo, la mejora de servicios suficientes, la eficiencia en los servicios en las distintas comunidades autónomas, e incluso en territorios del Insalud, gestión directa, como puede ser Melilla, que ha mejorado con el sistema de los contrato-programas. La filosofía de garantizar el crecimiento anual de acuerdo con el pro-

ducto interior bruto nominal, en nuestra ciudad, por el régimen económico y fiscal que tiene, es importante. Lo quería señalar.

Con independencia de otros debates subalternos o colaterales que puedan establecerse sobre determinados aspectos numéricos y cuantitativos, tanto la filosofía que subyace en su comparecencia como la mayor accesibilidad a las prestaciones por los usuarios del sistema, por el esfuerzo inversor evidente, tanto en cifras absolutas como en cifras comparativas, y el establecimiento de la base financiera suficiente, del que ya han hablado no solamente hoy, sino en otras comparecencias, el presidente ejecutivo del Insalud, subsecretario e incluso el propio ministro, a nosotros, señora directora general, nos parecen suficientes las líneas maestras de su intervención. Eso sí, nos reservamos nuestra opinión para seguir profundizando en esto cuando haya que discutir otros aspectos de los ejercicios presupuestarios.

El señor **PRESIDENTE**: Para contestar, tiene la palabra la señora directora general.

La señora **DIRECTORA GENERAL DE PRESUPUESTOS E INVERSIONES** (Navarro Fernández-Rodríguez): En ningún momento he querido obviar la ejecución del año 1996. La comparecencia se me pedía para explicar el año 1997, pero estoy dispuesta a comparecer en relación con el año 1996.

En cuanto al año 1998, tengo que decir que, en un momento en que estamos viendo una enmienda a los presupuestos que va a cambiar totalmente el anexo de inversiones, pues irá todo a incrementos, no se configura un nuevo anexo de inversiones cómodo, me parecía interesante ex-

plicarles lo que suponía esta enmienda y cómo iba a quedar configurado el anexo de inversiones para 1998.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Corominas.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Quiero decir que es interesante lo que ha dicho y se lo agradezco. Lo leeremos en el «Diario de Sesiones», para enterarnos y tenerlo en cuenta al discutir el presupuesto de 1998, cuando vuelva del Senado. Es interesantísimo, pero no era el motivo de la comparecencia.

Y quería hacerle una pregunta muy puntual. Ha dicho que se había cambiado el criterio y que se podía ejecutar hasta el 31 de enero de 1998. Hasta ahora tenía que ser antes de terminar el año. ¿Va a mantenerse esto en ejercicios sucesivos o es sólo para este año?

El señor **PRESIDENTE**: Señora directora general.

La señora **DIRECTORA GENERAL DE PRESUPUESTOS E INVERSIONES** (Navarro Fernández-Rodríguez): Esto fue un cambio que introdujo la Ley de Medidas de Disciplina Presupuestaria, que se aprobó el año pasado junto con la ley de presupuestos, y por ahora, mientras no se cambie, se pueden contraer obligaciones de gastos realizados hasta el 31 de diciembre, pero también se pueden contraer obligaciones hasta el 31 de enero del año siguiente.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora directora general. Le damos las gracias por su comparecencia y, terminado el orden del día, se levanta la sesión.

**Era la una de la tarde.**