



BOLETIN OFICIAL
DEL
PARLAMENTO DE NAVARRA

I Legislatura

Pamplona, 27 de septiembre de 1984

NUM. 25

SUMARIO

SERIE G:

Comunicaciones, Convocatorias y Avisos:

- Informe de fiscalización económico-financiera del Hospital de Navarra año 1983. Escrito de alegaciones y comentarios de la Dirección del Hospital de Navarra. Contestación del auditor que ha dirigido el trabajo de fiscalización económico-financiera. (Pág. 2.)
- Informe de la Cámara de Comptos de Navarra acerca de la legalidad de la ejecución presupuestaria que la Diputación Foral ha realizado a través de su Acuerdo de fecha 1 de marzo y del Decreto 20/1984 de la consignación «Fondo de Participación en los Impuestos 40 por 100». (Pág. 74.)
- Convocatoria de Concurso-Oposición para la provisión de una plaza de Archivero-Bibliotecario al servicio del Parlamento de Navarra. (Pág. 79.)

**Serie G:
COMUNICACIONES, CONVOCATORIAS Y AVISOS**

**Informe de fiscalización económico-financiera del Hospital de Navarra año 1983.
Escrito de alegaciones y comentarios de la Dirección del Hospital de Navarra. Contestación del auditor que ha dirigido el trabajo de fiscalización económico-financiera**

La Mesa del Parlamento de Navarra, en sesión celebrada el día de la fecha, acordó ordenar la publicación del informe, de fecha 31 de julio de 1984, emitido por la Cámara de Comptos sobre la fiscalización económico-financiera realizada en el Hospital de Navarra, año 1983.

Pamplona, 6 de septiembre de 1984.

EL PRESIDENTE: Balbino Bados Artiz.

**Informe
de fiscalización económico-financiera
del Hospital de Navarra año 1983**

INDICE

INTRODUCCION.

1. FINALIDAD.
2. AMBITO DE LA AUDITORIA.
3. PERIODO Y METODOLOGIA.
4. LIMITACIONES.
5. CONTROL INTERNO.
6. CENSURA DE CUENTAS.
 - 6.1. Inventario.
 - 6.2. Deudores.
 - 6.3. Caja.
 - 6.4. Depósitos a justificar.
 - 6.5. Exigible.
 - 6.6. Cuentas Presupuestarias de Gastos.
 - 6.7. Cuentas Presupuestarias de Ingresos.
 - 6.8. Resultas de Gastos.
 - 6.9. Resultas de Ingresos.
7. EFICACIA Y EFICIENCIA.
 - 7.1. Limitaciones.
 - 7.2. Objetivos, Relaciones Diputación Foral-Hospital.
 - 7.3. Análisis microeconómico.
 - 7.4. Control de Calidad.
 - 7.5. Informática.

- 7.6. Remodelación del Hospital.
- 7.7. Seguridad.

8. RECOMENDACIONES.
 - 8.1. Planificación a nivel general.
 - 8.2. Ordenación.
 - 8.3. Control.
 - 8.4. Sistema informático.

INTRODUCCION

De acuerdo con la Norma de Restablecimiento de la Cámara de Comptos, hemos procedido al examen y auditoría de la Gestión económico-financiera del Hospital de Navarra y de la ejecución de su Presupuesto de Ingresos y Gastos del Ejercicio 1983.

1. FINALIDAD

El Informe va dirigido a presentar nuestra opinión acerca de la gestión y desarrollo de los presupuestos en 1983, con relación a los distintos aspectos de los mismos y, en concreto, si:

— El Hospital de Navarra ha respetado la normativa legal aplicable.

— Las cuentas examinadas representan de una forma razonable la situación económico-financiera del Hospital, analizando asimismo la existencia, alcance y repercusión del Control Interno en la información contable suministrada.

— Los objetivos marcados en los programas presupuestarios del Centro han sido logrados, con la explicación, en su caso, de las desviaciones ocurridas.

Se ha pretendido en todo momento descubrir los aspectos más problemáticos o que encerrarán un peligro potencial para la eficaz gestión del Hospital de Navarra, al fin de señalar probables oportunidades de mejora.

2. AMBITO DE LA AUDITORIA

La revisión se ha centrado, fundamentalmente, en las siguientes áreas del Centro Hospitalario:

- 1.1. Dirección de Personal.
- 1.2. Dirección Administrativa.
 - Tesorería.
 - Facturación.
 - Contabilidad.
 - Aprovisionamiento.
 - Ingeniería.
- 1.3. Admisión.
- 1.4. Departamento Enfermería.
- 1.5. Departamento Servicios Centrales.
 - Farmacia.
 - Archivo Central de Historias Clínicas.
 - Asistencia Social.
- 1.6. Dirección Médica.
 - Departamento de Cirugía.
 - Departamento Laboratorios.

3. PERIODO Y METODOLOGIA

La auditoría se comenzó en el Hospital el 20 de febrero de 1984.

La semana anterior se trató con Hacienda la posibilidad de que aportara un técnico a la Censura, potenciando de esta forma los recursos humanos destinados por la Cámara de Comptos. Hacienda no estimó oportuno, en ese momento, la colaboración directa mencionada.

El trabajo de campo se terminó en la semana del 10-17 de junio. Se inició a continuación la fase de elaboración del Informe.

Se han utilizado los procedimientos de auditoría generalmente aceptados, así como cuantas pruebas hemos considerado necesarias de acuerdo con las circunstancias.

4. LIMITACIONES

— El número de personas que ha participado en el estudio son dos:

- Un auditor.
- Un auxiliar administrativo, incorporado en marzo.

Estimamos que la **escasez de medios personales** ha supuesto un handicap considerable para conseguir la profundidad y alcance deseados.

— El plan de trabajo preveía una duración de la fase de recogida de datos y valoración hasta mediados de julio, por lo que la reducción del tiempo ha supuesto otra limitación.

— La verificación práctica de los datos presupuestarios ha tenido el inconveniente de que hasta mediados de abril no hemos dispuesto de listados contables definitivos y completos del año 1983, y por la misma razón, hemos terminado sin comprobar los listados contables del primer cuatrimestre de 1984 que permitieran centrar los resultados económicos del ejercicio.

— Consideramos conveniente **contrastar** los datos y valoraciones obtenidos con los datos y opiniones que nos hubieran podido facilitar los terceros relacionados con las cuentas y los usuarios del Hospital. No hemos podido disponer de tal información, prevista en el Plan de trabajo inicial.

— Hemos de hacer constar, no obstante, la buena disposición a colaborar, tanto de los Directores como de todo el personal, disposición que ha facilitado nuestro trabajo a pesar de las deficiencias expresadas.

5. CONTROL INTERNO

Opinamos que una de las áreas que el Hospital necesita potenciar con carácter preferente para una mejora de la gestión, se refiere al CONTROL.

Los mecanismos de control existentes en 1983 no permitían ponderar adecuadamente el conjunto de actividades, valorarlas y adoptar en consecuencia las medidas correctoras para alcanzar las metas propuestas en cada momento.

— En primer lugar, si consideramos que a la Dirección le corresponde implantar los controles y planificar, puede concluirse que estas dos funciones han tenido que sufrir notablemente en la etapa pasada, con el solo dato de constatar los cambios y ausencias habidas en los niveles directivos.

— A nivel general, puede valorarse: los objetivos no se definieron, se adoleció de normas estándares con las que se pudiera medir la actividad desarrollada, discutir las desviaciones observadas y tomar las decisiones oportunas, y ni siquiera se registraron los datos estadísticos necesarios para valorar.

- Las unidades estructuradas con una finalidad o meta de control, como Intervención, Inspección de personal, Comités de Control de Calidad, Administración periférica, Almacenes... no han tenido el desarrollo acorde con las posibilidades técnicas y requerimientos actuales.

El control ejercido por Intervención, aunque muy útil, no cubre la totalidad de las operaciones, vg. los ingresos e inventarios quedan excluidos, no se refiere a la eficacia y eficiencia de las operaciones, y se encuentra insuficientemente dotado de medios personales y materiales.

El absentismo y la dedicación del personal no han sido controlados con los medios oportunos. La medida de que el personal fichara decayó por la resistencia de un sector sin las correcciones procedentes o cambio de método.

La inspección sigue dependiendo de Diputación.

— **En el área económico-financiera** se puede señalar:

- No existe un sistema contable con inventarios permanentes, control de costes, exigible, realizado, que facilite la información oportuna de la situación patrimonial, económica y financiera del Centro.

- Se desarrolla una Contabilidad presupuestaria de las fases de cobros y pagos que permite seguir la marcha de ejecución del presupuesto en cuanto a qué se ha pagado y cobrado, sin una visión económica ni patrimonial. Existen varios servicios que desarrollan la Contabilidad presupuestaria descrita, en cuanto a la actividad que les atañe, dándose por tanto una multiplicación. En nuestra opinión, conviene resaltar que la ausencia de un sistema contable no se puede imputar al departamento respectivo, porque ni existe una organización ni está provisto de los recursos necesarios.

El Departamento que pretendiera seguir la marcha económica de los Servicios del Hospital carecería, por tanto, de la información precisa para ello.

— **La falta de un sistema integrado de información:** 1) Incide negativamente en el seguimiento adecuado de los usuarios. Admisión no les imputa un código individual y permanente, o un mismo ingresado tiene varios números de historias clínicas; 2) Imposibilita un control central de la distribución de las camas y dietas; 3) No asegura que se cobre a todos y cada uno según se gasta, y obstaculiza que se aporten los datos precisos para un control eficaz de la calidad en el Hospital.

Puede insistirse en que la carencia de un control de costes y rendimientos no ha posibilitado, a nuestro juicio, que los criterios eco-

nómicos pesen en su justa medida sobre la estrategia seguida por el Hospital, en una sociedad de recursos escasos y cambios profundos en la demanda y oferta de la asistencia hospitalaria.

Por otro lado, las circunstancias de que:

1) El Hospital haya operado, a nuestro juicio, como un lugar de colocación sin criterios de gestión en los años anteriores a 1980; 2) La política de personal no haya podido suplir el defecto anterior mediante una formación continua y reconversión de los trabajadores, entre otras razones, por la falta de medios y apoyos oportunos, y 3) Se produjeran continuos cambios de Diputados, Gerentes y Directivos que desconciertan al personal por la modificación de los objetivos, organización y camino a seguir, pueden explicar que no existe, en nuestra opinión, una conciencia general del personal del Hospital de la importancia y necesidad del Control, si bien en 1983 empieza a observarse la preocupación de atender a la potenciación de la organización y control del Centro.

Por último, consideramos que:

1) En vez de mantener la dinámica anterior de acudir a los problemas con soluciones parches, algunas de ellas de envergadura, como la remodelación del Hospital, pero que a veces son inevitables por la gravedad y urgencia de los conflictos, sería conveniente una definición del futuro del Hospital, con la integración del mismo en los recursos sanitarios de Navarra, y de un programa a medio plazo.

2) El presupuesto debería ajustarse a las necesidades reales, recuérdese el crédito extraordinario aprobado para cubrir el déficit de 1982. Los presupuestos no operan como unos instrumentos eficaces de gestión y control de los Servicios. Los recortes externos a los planteamientos de los servicios, sin una comunicación razonada, y la falta de un seguimiento de la marcha de los presupuestos hacen que para muchos el Anteproyecto sea «papel mojado».

3) Habría de cuidarse que no se produjeran rupturas entre los órganos de Gobierno del Centro, directivos y los órganos políticos; se han manifestado en diversas ocasiones posiciones contrarias de los órganos mencionados, a nuestro juicio, y

4) Se debería potenciar un sistema de información y control con los medios legales, humanos y materiales proporcionales y, así,

podría decidirse con conocimiento de los problemas, siendo insuficientes la Intervención y Oficinas Presupuestarias tal y como funcionan hasta ahora. Puede indicarse, además, que algunas de las infracciones observadas, vg. en la contratación de reparaciones, se producen por una inadecuación de las normas a las exigencias de la práctica sanitaria, sin que se haya estudiado y propuesto la reforma conveniente.

Opinamos que el sistema mencionado debería dotarse de:

- Medios técnicos necesarios, manual de Contabilidad, circuitos administrativos, diagramas, inventarios permanentes, costes, estadísticas, formación continua del personal.

- Métodos de Control Presupuestario, de calidad, de eficacia y eficiencia, junto con prácticas de control.

- Normativa que desarrolle los objetivos, organización, procedimiento, facultades y medios personales del control interno.

- Tratamiento informático adecuado de la información.

- Organización eficaz. Las desviaciones entre el organigrama teórico, el real y el previs-

to en el Documento núm. 1 del Hospital son muy considerables. Los órganos de Control no han recibido impulso; no existe una definición de puestos y responsabilidades y las funciones no están debidamente clasificadas y separadas. Convendría una reducción de los circuitos para la toma de decisiones, sin disminuir el control.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto, pasamos a exponer las observaciones de la Censura de Cuentas practicada.

6. CENSURA DE CUENTAS

Trataremos de remarcar en cada apartado los aspectos significativos relacionados con la Legalidad, Eficacia y Control Interno. Los temas de la Eficacia y Eficiencia se analizarán específicamente en el capítulo siguiente.

6.1. INVENTARIO

Los siguientes cuadros muestran la importante regularización del Inventario, 1.221 millones de pesetas, reflejada en las Cuentas Generales de 1983.

Por naturaleza de Bienes:

	Saldos al 31-1-83	Nuevo inventario Cuentas grales.
Terrenos y bienes naturales ...		194.050.000
Edificios y otras construc.		862.785.000
Maquinaria y utillaje		507.696.660
Material de Transporte		1.047.844
Mobiliario y enseres		127.513.264
TOTAL	471.759.224	1.693.092.768

Por Departamentos:

	Según Memoria C. Generales al 31-12-83	Según listado Informática al 9-5-84	Diferencias
Hospital, Juntas y Gerencia	1.039.244.901	1.039.254.801	9.900
Dirección médica	149.091.417	151.030.606	1.939.189
Dep. Medicina Física	145.158.825	145.598.405	439.580
Dep. Laboratorios	50.513.969	53.803.354	3.289.385
Dep. Cirugía	175.221.603	174.896.869	— 324.734
Dep. Materno Infantil	75.033.108	80.884.043	5.850.935
Dep. Servicios centrales	21.141.304	22.628.725	1.487.421

	Según Memoria C. Generales al 31-12-83	Según listado Informática al 9-5-84	Diferencias
Dep. Enfermería Tit.	1.779.132	1.782.732	3.600
Dir. Administrativa	836.764	836.764	—
Dep. de Administración	3.875.658	3.840.258	— 35.400
Serv. Hostelería	17.823.178	18.692.864	869.686
Serv. de Ingeniería	4.091.278	4.290.070	—
Dir. Personal	1.155.950	1.155.950	—
Varios (Almacén)	8.125.681	7.950.161	— 175.520
TOTAL	1.693.092.768	1.706.645.602	+ 13.452.834 (1)

(1) Esta cifra de aumento no guarda relación con los Incrementos de Inversiones registrados en la Contabilidad presupuestaria.

— Las cifras del «nuevo inventario» de las Cuentas Generales fueron establecidas en virtud del trabajo realizado por la empresa contratada, para la confección del Inventario en toda la Diputación. En el Hospital no guardan otra relación de bienes que la que figura en el Inventario: listados de Informática. Ha de señalarse que la empresa encargada no incluyó los bienes de Maternidad en el primer inventario. Personal del almacén ha ido corrigiendo e introduciendo en los listados de inventario los registros de Maternidad.

— En el Inventario no figuran una serie de Bienes a los que nos referiremos después. Comentamos en primer lugar respecto de los inventariados o **Activo fijo**:

- La fijación de los criterios de valoración y amortización, la inscripción y Registro de los terrenos, bienes naturales y edificios corresponderían a la Gestión del Patrimonio, confiada al servicio correspondiente de Hacienda. Según les han informado, parece que se está procediendo en los campos señalados.

Las valoraciones de los terrenos y edificios son bajas, en opinión de la Administración.

- El procedimiento de registro es indirecto. La mayoría de los elementos inventariados no pasan, al ser comprados, por Almacén para su anotación, codificación e inclusión en la pantalla. Los de almacén deben seguir la pista y preocuparse del Registro. Opinamos que debería revisarse el procedimiento y normalizarse el registro y las anotaciones contables tanto presupuestarias como patrimoniales, de

forma que los saldos de Inversiones coincidieran, con los ajustes oportunos.

- Las adquisiciones con cargo a Resultas no han sido seguidas, ni siquiera como se ha descrito antes, por falta de comunicación a Almacén.

- Los traslados de bienes entre los servicios generan cortes informativos, porque no se comunican de acuerdo a reglas establecidas. Además las etiquetas de identificación de los bienes se caen, dificultando el control.

- La revisión del contenido de los inventarios que intentó Almacén por Servicios fracasó: Sólo 3 dependencias contestaron a la solicitud dirigida a los Servicios para que verificaran si los listados informáticos se ajustaban a los bienes materiales existentes en cada servicio. La falta de medios y dispersión de los servicios puede explicar, en parte, lo sucedido.

— Del control efectuado en un Servicio y Almacén Central, se han detectado las siguientes deficiencias:

- Hay Bienes no inventariados; otros trasladados y no comunicados.

- Existen duplicaciones de número, otros elementos sin número, se ha caído la etiqueta, y bienes que en teoría deberían estar localizados en una dependencia no se encuentran.

- Bienes inventariados dentro de los Servicios se guardan en el Almacén como «depósitos», con una mezcla de bienes nuevos, de posible reutilización y de desecho. De entre los mismos cabe resaltar: 1) Un equipo quirúrgico de oftalmología, adquirido hace aproximadamente cuatro años por 4,5 millones de

pesetas, sin estrenar y con peligro de que sea obsoleto antes de utilizarse, y 2) 12 carros-termo y 1.127 platos térmicos, sin estrenar, desde hace años, vide 6.6.2. «Cocina», no inventariados, y 3) Materiales que no se encuentran en el Almacén a pesar de figurar como tales en todos los listados.

- La carencia de unas reglas de actuación con los materiales de desecho y obsoletos.

— Como se ha indicado, en el Inventario no constan una serie de bienes que calificamos de **Existencias**:

- Productos farmacéuticos.
- Material Sanitario.
- Productos alimenticios.
- Textiles.
- Material talleres.
- Varios.

Las Existencias no constan como tales en ninguna cuenta, e interesa señalar respecto de las mismas:

1.º) No se llevan inventarios permanentes, con unos controles de entradas y salidas.

2.º) Hay diversos almacenes que funcionan independientemente:

- Farmacia.
- Botiquines de Planta.
- Alimentación.
- Almacén Central.
- Droguería.
- «Depósitos» de los Servicios.
- Almacenes de Planta.
- Textiles.
- Talleres.

3.º) De los controles y muestreos efectuados en el Almacén Central, textiles y alimentación, constatamos:

- Material de oficina: no es posible comparar existencias con saldos, porque no se llevan.

- Material de ropería: El control se reparte entre el Almacén y algunos empleados que tradicionalmente guardaban las telas.

Las desviaciones en unidades físicas entre lo que dicen las fichas y las existencias son importantes. Al ser positivas y negativas, nuestra opinión es que no se llevaba control.

- Uno de los problemas denunciados por las encargadas de lavandería y lencería se refiere a la «pérdida de ropa». Se controla la que sale, pero no lo que se devuelve. El último recuento general de ropa se efectuó en

marzo del 83. Según datos de 1984, Vide Anexo 6, la reposición durante el año ascendió, entre otros artículos, al 33 por 100 de las sábanas, al 66,7 por 100 de las servilletas, 58 por 100 de las toallas, ... etc. No se ha analizado el porcentaje de incidencia de las causas de las faltas.

Problema de desaparición que se acusa también en talleres, cuyo almacén no lleva fichas de inventario permanente, ni funciona las 24 horas.

- Al 30 de enero de 1984 existen 55 productos cuya gestión ha sido centralizada en el almacén con un control de fichas de inventario permanente. El valor de los stocks ascendía a 7,02 millones de pesetas. Hay pequeñas desviaciones entre lo que dicen las fichas y las existencias, por defectos de registro.

- No se dispone de una catalogación de productos codificados. Pueden hacerse compras de productos similares a diversas marcas.

No se practicaron reglas sobre vales de pedidos, firmas, números correlativos..., aunque se va mejorando a iniciativa de Almacén.

Consideramos que procedería:

1.º) Definir los almacenes y responsables, con una clara separación de compras, almacenes y contabilidad.

2.º) Establecer la normativa y procedimientos que garanticen el registro:

- De toda adquisición. Si es un bien inventariable, no debería pasar al Servicio sin su registro, codificación (provisional o definitiva), y contabilización. De esta forma, podrían conciliarse los saldos contables y listados de Inventario.

- De todo traslado.

3.º) Suministrar los criterios para diferenciar las Existencias del Activo Fijo y el correspondiente trato contable, y de Almacén.

4.º) Desarrollar una gestión de stocks y almacenes, con sus inventarios permanentes y contabilidad de costes, normas sobre entradas, salidas, Inventarios físicos, Registros.

5.º) Dotar al Negociado de los recursos personales y materiales con un equilibrio entre objetivos y medios.

- La informática apenas interviene y resulta imprescindible para una adecuada gestión de almacenes.

- El inventario real de las existencias, necesario para una contabilidad de Costes, y de

los bienes materiales, previos a una contabilidad General, reclaman unos medios no puestos en juego, hasta la fecha, en el Hospital.

A pesar de las deficiencias señaladas con relación al Inventario, debemos ponderar el esfuerzo del personal encargado en la actualidad de Aprovisionamiento para mejorar la gestión, vg. centralización de los pedidos y recepción, e incremento progresivo de la aplicación de las normas de contratación, que va permitiendo superar, a nuestro juicio, la situación heredada y realizar exámenes, como el expuesto.

6.2. DEUDORES

6.2.1. A continuación nos referimos a las deudas provenientes de las facturas giradas y no cobradas a usuarios del Centro sanitario.

Los cuadros siguientes muestran que las deudas a favor del Hospital ascendían a 825,4 millones de pesetas, con una notable diferencia, estimada en 698,7 millones de pesetas, en relación a la cantidad reflejada como pendiente de cobro en las Cuentas Generales.

Derechos a cobrar s/ presupuesto al 31-1-83	Liquidado en 1983	Anulado	Derechos a cobrar al 31-1-84	Ajustes	Total pendientes al 31-12-83
151.296.384	150.879.804	416.580	126.735.989	+ 698.704.943	825.440.932

La carencia de un sistema contable-patrimonial refleja sus efectos de forma significativa en esta cuenta. La contabilidad presupuestaria recoge sólo los cobros realizados e ignora otras fases como la generación del derecho a cobrar y facturación.

Por otro lado, la Administración sigue el criterio conservador de imputar a Resultados del ejercicio aquellas cantidades giradas que considera se van a cobrar, y así presenta para 1984 la cifra de 126.735.989 pesetas, proveniente de:

	Pesetas
Ingresados Insalud noviembre 83.	60.835.544
Ambulatorio Insalud Novbre. 83.	6.863.954
Ingresados Insalud diciembre 83.	53.687.955
Ambulatorio Insalud Dicbre. 83.	5.348.536

Ahora bien, Caja, encargada del registro de cobros y seguimiento de facturas no pagadas, mediante el recuento manual de todas las facturas existentes posteriores a 1979, cifra las deudas a favor del Hospital, al 31 de diciembre de 1983, como sigue:

Usuario	1983	1982	1981	1980	1979	Total pendiente
Convenio Diputaciones	24.348					24.348
Particular	143.026.551	97.990.831	71.995.387	23.077.609	3.246.776	339.227.154
Insalud (1)	400.504.099	40.576.360	22.165.162	14.507.750	4.957.000	482.710.371
Lagun Aro	1.350.359					1.350.359
Conv. Militar ...	1.647.666	462.684	750	17.600		2.128.700
TOTALES ...	546.553.023	139.029.875	94.051.299	37.602.959	8.203.776	825.440.932

(1) 151.888.815 pesetas corresponden a actuaciones asistenciales de 1982, facturadas en 1983.

Del análisis efectuado respecto a los saldos anteriores cabe presentar las siguientes consideraciones:

6.2.1.2. Convenio Diputaciones: 24.348 pesetas.

Las cantidades facturadas en 1983 por atenciones a funcionarios con régimen de «Uso Especial» ascienden a 371.352.324 pesetas. La Comisión Delegada de la Diputación Foral acuerda el 31 de enero de 1984 abonar

160.000.000 pesetas, en concepto de asistencia sanitaria «Uso especial» y «Uso Normal» de empleados de la Diputación, durante el mismo año, quedando anulado el resto y no figura, por tanto, en resultas.

6.2.1.2. «Particulares»: 339.227.154 ptas.

— El estado de las deudas se refleja en el siguiente cuadro, al 31 de diciembre de 1983:

Año	Facturas en poder de Tesorería (1)		Facturas transferidas a la Agencia Ejecutiva		Total facturas	Total importe
	N.º facturas	Importe	N.º facturas	Importe		
1979	855	1.706.820	110	1.539.956	965	3.246.776
1980	1.198	2.103.338	679	20.974.271	1.877	23.077.609
1981	1.398	6.576.671	925	65.308.716	2.323	71.885.387
1982	3.798	14.091.029	1.210	83.899.802	5.803	97.990.831
1983	5.745	143.026.551	—	—	5.748	143.026.551
TOTAL	12.994	167.504.409	2.924	171.722.745	15.918	339.227.154

(1) El criterio que se sigue es de transferencia a la Agencia Ejecutiva de aquellas facturas superiores a 6.000 pts.

— El procedimiento reclamatorio se ha impulsado en los últimos meses, con la certificación de las reclamaciones, traslado a la Agencia Ejecutiva de las deudas, y reclamación directa desde el Hospital.

El Centro ha efectuado 1.015 reclamaciones desde noviembre de 1983 respecto a las deudas del mismo año correspondientes a pacientes ingresados, con el siguiente resultado:

N.º reclamaciones	Situación	Importe en pesetas
197 (19,40 %)	Resueltas.	19.197.345
138 (13,60 %)	Desconocidos.	10.896.721
187 (18,42 %)	Igualatorio Médico.	19.735.866
103 (10,15 %)	Unión Previsora.	6.930.574
390 (38,42 %)	Tramitándose.	58.483.617
TOTAL 1.015 (100,— %)		115.243.923

Como puede verse, un porcentaje considerable corresponde a respuestas al correo de «Desconocidos», y a problemas de cobro con las Mutuas. Pueden apuntarse las siguientes razones, que admitirían solución a corto plazo:

— No figuran los datos identificadores del paciente atendido o son incorrectos, sobre todo en las Historias de accidentados de tráfico.

— Los usuarios alegan con frecuencia que entregaron el volante oportuno, pero ni pueden justificar haberlo entregado ni figura en-

tre la documentación del Hospital, y el organismo emisor de los volantes ya no se responsabiliza de las facturas. Lo mismo, respecto de partes de accidente e informes médicos.

— Se produce, en ocasiones, un retraso considerable en la confección y giro de las facturas, que incrementa los problemas anteriores. Retraso que incide, sobre todo, con las facturas de Particulares. De no cobrar se repercutiría negativamente en la gestión económica del Hospital.

— Por eso, interesa señalar el proceso

de facturación y algunas de las deficiencias que afectan a todo tipo de usuarios, aunque con más incidencia a los particulares:

1) La facturación propiamente dicha se encuentra descentralizada en las secretarías de cada servicio. La revisión de las mismas se realiza en la unidad de Facturación.

2) La secretaria recurre a la Historia Clínica como única fuente informativa para imputar los gastos a los usuarios.

3) Para introducir la factura en el ordenador, han de acudir a la planta que disponga de pantalla.

4) No se verifica periódicamente si lo facturado corresponde a lo gastado, ni se han instrumentado, todavía, los mecanismos adecuados a los efectos de conocer lo gastado con cada paciente.

5) Algunos servicios admiten directamente a los pacientes e incluso remitieron facturas sin formalidad alguna a la Unidad de Facturación.

6) Los pacientes se van cuando se les concede el alta, sin pasar por facturación ni secretaría, y comprobarse que se les ha facturado.

7) No se les solicitó a las secretarías periódicamente la situación de facturación pendiente.

8) Los traslados de los pacientes entre servicios, en alguna ocasión, no se comunican o se hace tarde; lo mismo ocurre respecto de los cambios de la calificación económica del usuario.

9) Las aplicaciones y programas informáticos no satisfacen adecuadamente las exigencias de facturación y reclamación:

- No son flexibles para recoger los cambios de datos que interese señalar o desarrollar.

- Si se imputa erróneamente la factura a un año distinto, puede perderse.

- No han evolucionado conforme a las nuevas demandas de facturación, teniendo en cuenta que el programa inicial se adecuaba a las operaciones de ambulatorio y no de ingresados.

— Del examen de 146 expedientes, que no obstante haberse marchado el enfermo no se han facturado al 31 de mayo de 1984, interesa señalar:

Las deficiencias del proceso descrito, que reclaman un reajuste, explican los problemas de facturación, y así existían al 31 de mayo de 1984, 146 expedientes de ingresados a los que, a pesar de haber sido dados de alta, no se les había facturado por diversas razones, como olvidos, traslados o archivo de las Historias clínicas, cambios de calificación económica, no registro en el libro de ingresos, no disponibilidad de pantalla... etc.

De los expedientes mencionados, 4 son de 1982 y 22 de 1983, a cuyos resultados habría de imputarse el monto de las facturas.

6.2.1.3. «Insalud...»: 482.710.371 ptas.

Respecto de la cantidad de la rúbrica conviene indicar:

— La Subdirección del organismo comunicó en escrito recibido el 8 de noviembre de 1983 al Hospital que:

1) Facturas por un importe de 118.376.493 pesetas fueron presentadas fuera de plazo y están a la espera de habilitación de crédito por sus Servicios Centrales.

2) Facturas por un valor de 4.957.000 pesetas no han sido abonadas por haber sido presentadas una vez transcurrido el tiempo hábil, por lo que las consideran prescritas.

— Según datos suministrados por Caja, el INSALUD presenta las siguientes deudas al 9 de abril de 1984:

Año	Deuda pesetas	Observaciones
1979	4.957.000	Interesaría que estas deudas sean confirmadas o depuradas en su caso, según el procedimiento establecido y se liquiden, al menos, las anteriores a 1984.
1980	—	
1981	15.497.066	
1982	9.429.748	
1983	57.181.435	
1984	95.067.620 (1)	
TOTAL	182.232.869	

Realizado un análisis de los 182,23 millones de pesetas pendientes, según datos de abril de 1984, se han observado algunos errores. Procedería el siguiente ajuste:

- 3.528.461 ptas. cobradas.
- + 36.925 ptas. cobradas, pero no contabilizado el ingreso a esa fecha.
- + 36.925 ptas. Idem, íd.
- + 162.077 ptas. Idem, íd.
- + 162.077 ptas. Idem, íd.
- + 449.493 ptas. Idem, íd.
- + 121.349 ptas. Insalud no está conforme con la factura por este importe y no ha pagado.

Ajustadas las cantidades resultaría una Deuda Pendiente de 179.389.825 pesetas.

Las cantidades debidas antes de 1984 y liquidadas después de 31 de diciembre de 1983 ascienden a 398,26 millones de pesetas, de los que si deducimos las Resultas imputadas al ejercicio 1983 por 126,73 millones de pesetas, da una cantidad de 271,5 millones de pesetas aplicados al ejercicio 1984 incorrectamente, porque corresponden a derechos generados en otros ejercicios anteriores.

— En cuanto al ejercicio 1983, se cobran, en conjunto 300,7 millones de pesetas por deudas anteriores a 1983, según Caja. Si restamos 150,88 millones de pesetas de las Resultas de 1982, obtenemos la cantidad de 149,78 millones de pesetas, aplicados al ejercicio de 1983, contra la normativa presupuestaria sobre resultas.

6.2.1.4. «Otros deudores».

— Las cuantías correspondientes a Lagun Aro y Convenio con Militares no son importantes y parece que en 1984 siguen un curso normal de abonos.

— Según fichas de Caja, al Hospital se le debía de los años 81 y 82, por «suministros de alimentos no cocinados», 318.140 pesetas, liquidadas en 1984, y 5 meses de la renta de la Cafetería, 871.500 pesetas, en junio de 1984.

Todas las operaciones, como las descritas en los apartados anteriores, deberían tener su registro contable-patrimonial en todo momento, porque si cambia el funcionario que lleva los apuntes, se produce una ruptura de información, con posible pérdida de los derechos.

6.2.1.5. «Deudores incobrables».

— El Jefe de Tesorería informa el 4 de junio de 1984 la existencia de las siguientes facturas, a su juicio, difíciles de cobrar:

Concepto	Año	N.º facturas	Importe
Sin ingresos ...	1977	180	341.234
Urgencias	1977	170	325.932
Urgencias	1977	290	623.771
Sin ingresos ...	1978	215	359.389
TOTAL ...		815	1.650.326

«Dado que son facturas antiguas, de las cuales no hay constancia de que fueran recibidas por los interesados, al no ser enviadas **certificadas** y teniendo en cuenta que han sido reclamadas por dos veces, parece razonable la no distracción de medios humanos, dedicados a la gestión de cobros de mayor importe, quedando, por tanto como facturas incobrables...».

Estimamos que, si bien puede ponderarse el argumento del Jefe de Tesorería, deberían adoptarse las medidas precisas para que no se repita esta situación, Vide 6.7.1., respetán-

dose las normas sobre la materia de la Norma General Presupuestaria.

6.3. CAJA

— Tesorería contabiliza los pagos de cantidades menores a 10.000 ptas., sin intervención previa. Al no funcionar la contabilidad patrimonial, el peligro de duplicar los pagos a acreedores se incrementa.

— Se producen algunos cobros y pagos que no corresponden al Presupuesto del Hospital, sino a otra Dirección, situación contraria a los procedimientos normales.

— Según el arqueo, primero efectuado por personal ajeno a Tesorería, del 9 de junio de 1984, resulta:

	Pesetas
Saldo contable	3.016.840
Existencias en tesorería	— 3.016.626
Diferencia	— (214)

En la Caja de Ventanilla, a las 12 horas:

	Pesetas
Depósito operativo	+ 15.000
Cobros del día	+ 507.255
Pagos	— 15.466
Existencias	— 506.177
Diferencia	— (612)

La Caja auxiliar ha experimentado pequeños déficits a lo largo del ejercicio. Con fecha 14 de octubre se repusieron 15.000 pesetas para cubrir el quebranto del 82 y 83, que debieron contabilizarse presupuestaria y patrimonialmente.

Interesa resaltar que a pesar de los problemas apuntados en los apartados de Facturación-Cobros y Caja, la mejora de la gestión de estas funciones ha sido notable y evidente con relación a la época anterior. De una situación que se podría calificar de «despreocupación» se va llegando a una concepción profesional eficaz de las mismas.

6.4. DEPOSITOS A JUSTIFICAR

— Como se ha indicado, Tesorería paga directamente muchas facturas, empleando para ello la fórmula de los Depósitos a Justificar, contra cuya cuenta corriente se extienden talones por fondos que, provisionalmente, se toman de la caja. Estimamos que todas las facturas de los acreedores deberían seguir el procedimiento normal de transferencias, salvo casos especiales que se justifiquen.

— Se ha observado que el Depósito a Justificar núm. 36/83, de 500.000 pesetas para pago de los gastos derivados por la realización de un Curso de Cirugía del Pie, autorizados por la Diputación Foral el 30 de marzo de 1983 por un importe máximo de 500.000 pesetas, sobrepasa esta cantidad, abonándose la

diferencia en más (84.000 pesetas expresas y según parece hasta 216.000 pesetas más) con cargo a inscripciones cobradas a los participantes, en contra, a nuestro juicio, de los procedimientos establecidos. El curso fue promovido por el Instituto de Beneficencia.

— Los Depósitos solicitados y justificados en 1983, según datos de Tesorería, ascienden a 21.380.521 pesetas.

6.5. EXIGIBLE

— Obligaciones a pagar según Cuentas Generales:

Año	Pendiente
1981	1.285.517
1982	3.615.178
1983	79.012.604
Total ...	83.913.299

Hay una diferencia inicial con el saldo suministrado por el Hospital de 184.000 pesetas, aplicadas a conferencias, cursillos y exposiciones.

— La existencia de varios almacenes, el Central, Farmacia y Mantenimiento, con sus respectivos procedimientos de suministros y registros, la ausencia de una contabilidad patrimonial, y el incumplimiento frecuente de la normativa sobre resultas, han hecho que las resultas presupuestarias por obligaciones a pagar no se correspondan, en absoluto, con las cifras que pudieran corresponder a «Proveedores», contablemente.

— Urge la aplicación a estas áreas de los criterios contable-económicos que permitan el adecuado seguimiento de las cuentas del Exigible.

Las resultas de gastos se analizarán más extensamente en el apartado 6.8.

— Como dato significativo se puede apuntar que la Ley Foral del 10 de mayo de 1983 aprueba una partida de 99.227.000 ptas. para cubrir déficits, que pueden entenderse deudas, originadas en 1982, cuyos pagos se imputan al ejercicio 1983, incorrectamente, a nuestro juicio.

Ha de considerarse que, aparte del tratamiento no ajustado a las resultas, la importante cantidad anterior pone de manifiesto problemas de presupuestación, porque en Farmacia, Cocina y Talleres el presupuesto no cubría las necesidades reales.

— A esto hay que añadir que son frecuentísimas las facturas de años anteriores abonadas con cargo al presupuesto último. Se han observado escritos de proveedores de los años 75, 77 y 78.

6.6. CUENTAS PRESUPUESTARIAS DE GASTOS

A continuación examinamos la evolución del Gasto del Ejercicio, en base a la información obtenida de las «fichas presupuestarias», que registran los movimientos según el principio de «Pagos».

En las páginas siguientes exponemos unos cuadros comparativos de lo que han sido los años 1982 y 1983, desde el punto de vista económico-presupuestario.

NOTA.—Las cifras van redondeadas en miles de pesetas.

COMPARACION PRESUPUESTOS GASTOS 1983-1982
Hospital de Navarra — Código Org.: 62.000

Códig. económico	CONCEPTO	AÑO 1982		AÑO 1983		7. % Real. y Result./total ctos. autoriz.	Evolución nivel ejecuc.	
		1. Presupuesto	2. Realizad. y Resultas	3. Presupuesto	4. Realizad. y Resultas		8. Presup. 83-82	9. Evolución nivel ejecuc.
109	Retribución total fija	1.320.368	1.246.618	1.447.354	1.631.242	93,3 %	109,6 %	130,8 %
130	Complementaria	27.433	26.854	3.593	2.028	59,5 %	13,1 %	7,5 %
140	Horas extra	1.590	1.583	1.590	1.129	64,5 %	100 %	71,3 %
141	Trabajos extra	20.190	28.802	37.616	41.105	96,8 %	186,3 %	147,3 %
143	Honorarios	2.000	708	—	—	—	—	—

Códig. económico	CONCEPTO	AÑO 1982			AÑO 1983			Evolución Presup. 83-82			Evolución nivel ejec.		
		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
		Presupuesto	Presup. total	Realizad. y Resultados	Presupuesto	Total créditos autoriz.	Realizad. y Resultados	% Real. y Result./total ctos. autoriz.	C.4 : C.1	C.6 : C.3			
		puesto	costos autoriz.	Resultas	puesto	autoriz.	Resultas						
149	Otros gastos de personal	151.842	163.796	152.895	1.515	2.854	1.192	41,7 %	1 %	0,8 %			
160	Jornales	73.389	73.754	62.148	73.754	80.735	72.554	89,8 %	100,5 %	116,7 %			
168	Seguros Sociales	42.414	29.463	—	10.764	43.502	37.651	86,5 %	25,3 %	—			
169	Otras remuner. pers. contratado.	14.000	16.364	12.210	16.364	20.751	20.053	96,9 %	116,8 %	164,2 %			
171	Personal contratado	11.057	10.874	5.793	10.874	10.402	3.405	32,7 %	98,3 %	58,7 %			
172	Personal vario	800	800	790	800	8.580	8.093	94,3 %	100 %	1.024 %			
190	Vacantes nómina y plantilla	55.859	16.342	7.239	16.342	11.299	2.125	18,8 %	29,2 %	29,3 %			
191	Vacantes pers. lab. y contratado.	—	—	—	—	30.922	2.998	9,6 %	—	—			
200	Contribuciones y derechos	50	50	28	50	50	15	30,2 %	100 %	53,5 %			
210	Gastos de inmuebles	78.432	92.632	92.424	92.632	150.083	137.326	91,5 %	118,1 %	148,5 %			
220	Conserv. y reparac. inversiones.	28.924	31.924	31.919	31.924	50.590	50.548	99,9 %	110,3 %	158,5 %			
230	Mobiliario, equipo oficina y otro material inventariable	1.200	88	87	88	88	—	—	7,3 %	—			
240	Gastos de oficina	4.700	5.700	5.697	5.700	8.412	8.354	99,3 %	121,2 %	146,6 %			
250	Transportes y comunicaciones.	11.264	12.611	12.476	12.611	21.352	14.685	68,7 %	111,9 %	117,7 %			
260	Compras para consumo y reposi.	378.485	408.856	408.760	408.738	591.497	591.409	99,9 %	108 %	144,6 %			
270	Servicios especiales y aux. ...	1.783	1.548	1.518	1.548	2.286	1.882	82,3 %	86,8 %	123,9 %			
280	Productos a recibir y suminist.	7.000	7.000	6.999	7.000	7.000	6.995	99,9 %	100 %	100 %			
349	Otras familias y particulares ...	40.250	250	249	250	250	182	72,9 %	—	73,1 %			
500	Centros sanit. y laboratorios ...	139.000	263.542	223.099	125.000	223.446	76.343	34,1 %	89,9 %	34,2 %			
540	Maquinaria transporte cargas ...	1.500	1.500	1.378	1.500	1.500	533	35,5 %	100 %	38,6 %			
560	Médicos, eléctricos, otros equip.	114.729	118.187	95.746	117.345	138.192	121.404	87,8 %	102,2 %	126,8 %			
570	Muebles	100	100	98	100	100	—	—	100 %	—			
571	Equipos oficina	50	50	—	50	50	—	—	100 %	—			
62.000	Total Hospital de Navarra	2.528.409	2.641.584	2.426.120	2.425.102	3.093.597	2.833.293	91,5 %	95,9 %	116,8 %			

COMPARACION PRESUPUESTOS GASTOS 1983-1982
Hospital de Navarra — Código Org.: 62.000

	AÑO 1982			AÑO 1983			Evolución		
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
	Presu- puesto	Presu- puesto total	Realizad. y Resultas	Presu- puesto	Total créditos autoriz.	Realizad. y Resultas	% Real. y Result./ total ctos. autoriz.	Presup. 83-82	Evolución nivel ejecuc.
Capítulo económico									
1 Gastos de personal	1.720.942	1.697.546	1.545.640	1.620.566	1.898.701	1.823.576	96 %	94 %	118 %
2 Gastos de funcionamiento	511.838	560.409	559.909	560.291	831.358	811.255	97,5 %	109 %	145 %
3 Transferencias corrientes	40.250	250	249	250	250	182	73 %	—	73 %
4 Transferencias de capital	255.379	383.379	320.322	243.995	363.288	198.280	54,5 %	95,5 %	62 %
5 Inversiones reales									
6 Operaciones financieras									
TOTAL	2.528.409	2.641.584	2.426.120	2.425.102	3.093.597	2.833.293	91,58 %	96 %	117 %

6.6.1. Gastos de Personal.

Examinamos a continuación las cuentas de la rúbrica.

CONCEPTO	Total créditos autorizados	Realizado	Resultas	Remanente ctos. anulados	% Realiz. s/Ctos. Au.
Retribución total fija	1.642.071.829	1.631.242.003		10.829.826	99,3
Complementaria	3.404.000	2.027.798		1.376.202	59,6
Horas extra	1.749.000	1.129.551		619.449	64,6
Trabajos extra	42.430.844	41.104.879		1.325.970	96,9
Otros gastos personal	2.854.018	1.191.712		1.662.306	41,7
Jornales	80.735.000	72.553.661		8.181.339	89,9
Seguros sociales	43.501.804	37.651.232		5.850.572	86,6
Otras remuneraciones					
Personal laboral	20.751.000	20.053.451		697.549	96,6
Personal contratado	10.402.000	3.404.859		6.997.141	32,7
Personal vario	8.580.000	8.093.208		486.792	94,3
Vacantes nómina y plantilla ...	11.299.145	2.125.064		9.174.081	18,8
Vacantes personal Laboral y contratado	30.922.096	2.998.341		27.923.755	9,7
TOTAL	1.898.700.736	1.823.575.754		75.124.982	96,05

- El capítulo 1.º representa el 64,36 por 100 del total del presupuesto realizado por el Centro.

- La gestión del personal se comparte por las Direcciones respectivas de la Diputación y del Hospital. El control económico-contable se atribuye a Personal-Diputación, si bien los datos son suministrados por Personal-Hospital. Desde este punto de vista interesa señalar:

— Las «Retribuciones Fijas», código económico 109, engloba a 17 conceptos económicos de personal del Plan de Cuentas Presupuestarias de 1982. Esta variación de contenido representa un cambio importante que incide sobre el tratamiento legal presupuestario e informativo de los conceptos señalados, según establece el art. 3.1 de la N. E. P. G. prorrogado y hubiera necesitado, a nuestro juicio, la aprobación expresa oportuna.

Por otro lado, el cambio puede representar un predominio de las necesidades informáticas y contables del mecanismo utilizado, «la línea contable», sobre la imputación idónea al programa y proyecto, según la naturaleza económica, véase acuerdo del 18 de agosto de 1983.

— «Con el objeto de ajustarse a la realidad» se realizan transferencias de créditos entre partidas de diferentes Centros y Servicios de la Diputación Foral, entre ellas varias del Hospital, cuyos acuerdos no se comunican formalmente a la Dirección de Personal del Hospital, y que a nuestro juicio exceden de las facultades atribuidas por las normas presupuestarias, o al menos, no se justifican. Así, se transfieren 7.000.000 de pesetas para la partida de «Personal de Verano» cuya dotación se olvidó en la presupuestación, véase acuerdo D. F. de 10 de mayo de 1983, y lo expuesto a continuación sobre contratación.

— Algunos registros, sobre todo de abonos, no se justifica a qué corresponden, otros tienen su origen en 1982, imputándose incorrectamente a 1983, y en otras ocasiones el código económico utilizado no es el adecuado o se aplica un mismo gasto a diferentes proyectos. Una devolución de 100.000 pesetas procedente de 1982 se imputa al ejercicio de 1983 como un menor gasto, contra el artículo 25 N. G. P.

— Se cubren seis plazas de Jefes de Sección, sin consignación presupuestaria para ello, en nuestra opinión. A pesar de solicitar

en diversas ocasiones la explicación, no nos ha sido facilitada.

— Algunas plazas vacantes, como Gerente, Director Médico y Director de Personal, aprobadas por la Junta, no han sido convocadas por la Diputación Foral. Otras se encuentran recurridas o sin resolver, como Jefe de Sección de Radiodiagnóstico, Servicio de Ginecología, Analista de informática, Jefe Servicio de Traumatología y adjunto de la U. C. I.

El Jefe de Medicina Preventiva se encuentra en excedencia especial.

En otro caso la convocatoria cambia la categoría de Jefe de Servicio a Jefe Clínico, Estomatología.

El Ingeniero y encargado de Medicina Física tienen nombramiento de la Dirección General, no del Hospital. Puede concluirse la necesidad de regularizar todas estas situaciones, que sin duda repercuten negativamente sobre la gestión.

— La Diputación acuerda el 16 de diciembre de 1982 que «... la provisión de las plazas de nueva creación y las vacantes sucesivas que se originen en el Hospital de Navarra, serán cubiertas en régimen de contratación laboral».

La medida, que desde el punto de vista organizativo y operativo podría calificarse de razonable, cabría considerarse que choca contra las normas del Estatuto de la Función Pública que restringe al máximo la contratación laboral, y del Presupuesto, véase B. O. N. del 2 de marzo de 1983, artículo 3.º.

Plantea la problemática de: 1) trabajadores sujetos a distinta normativa, y 2) aplicación en su caso al tema de la guardias y horas extra, con diferente regulación. Se da el caso de que un médico-funcionario accede a la plaza ganada de Jefe de Servicio mediante contrato laboral.

Estimamos que habrá de aclararse la situación creada, teniendo en cuenta, además, las peculiaridades del Organismo Autónomo de la Salud, creado recientemente.

Al 31 de marzo de 1984 hay 8 médicos y 4 oficiales electricistas con contrato laboral fijo, 5 médicos con contratos temporales (2 desde 1982), 10 MIR con ampliación de contrato tem-

poral y 3 administrativos con contrato temporal (uno desde 1981), además de los directores con nombramiento eventual.

Después, al 9 de mayo de 1984, se contratan temporalmente 8 ATS y un médico de Empresa.

A un médico contratado temporal se le pagó en una primera etapa con cargo a la Dirección de Personal de Diputación y después al Hospital, en contra de las normas presupuestarias, arts. 18 y 26 de la N. G. P.

— En cuanto a remuneraciones por «Festivos» y «Horas Extra» se abonan según partes confeccionados por los responsables. Opinamos que convendría se realizaran verificaciones —se ha observado algún error— y un control previo y a posteriori desde Personal. «Festivos de mantenimiento» se incluyen en agosto del 83, sin comunicar a Contabilidad, por lo que no hay ni ficha presupuestaria.

Entendemos que no se encuentran definidos los criterios por los que se conceden las remuneraciones de «asistencia continuada» y «guardias» y quién las autoriza.

— Diputación Foral acordó en septiembre de 1978 «... conceder de forma provisional y transitoria una gratificación mensual, 7.183 pesetas al mes en 1984, al personal de mantenimiento...». Sigue sin regularizarse esta remuneración con la circunstancia de que se considera como un derecho adquirido por el personal de esta sección, aunque no ejecute tareas de mantenimiento.

— Un efecto de los problemas de registro apuntados se refiere a que las cifras que resultan de la Contabilidad Presupuestaria no coinciden con las reflejadas en las Fichas de Personal-Hospital.

Según las Cuentas Generales se gastaron 1.823,57 millones de pesetas, y según el Centro 1.857,03 millones de pesetas, con base a los listados de totales anuales del personal del Hospital.

Interesaría un fichero del personal, a tiempo real, con una imputación precisa de los diferentes conceptos retributivos a todos y cada uno de los trabajadores y la mecanización de las diversas tareas de personal, como nómina amarilla, dedicación... etc.

6.6.2. Gastos de funcionamiento.

CONCEPTO	Total créditos autorizados	Realizado	Resultas	Remanente ctos. anulados	% Rea. s/C. Au.
Contribuciones y dcho.	50.000	15.105		34.895	30,2
Gastos de inmuebles	150.083.406	133.896.454	3.429.747	12.757.205	91,5
Conservación y reparación inversiones	50.589.582	50.587.927		1.655	99,99
Mobiliario y otro material inventariable	88.000			88.000	
Gastos de Oficina	8.412.317	7.655.052	698.824	58.441	99,3
Transportes y comunicaciones.	21.351.575	14.685.185		6.666.390	68,8
Compras por consumo y reposición	591.497.249	577.772.941	13.636.141	88.167	99,9
Servicios esp. y aux.	2.286.254	1.882.288		403.966	82,3
Productos a recibir y suministrar	7.000.000	6.995.125		4.875	99,9
TOTAL	831.358.383	793.490.077	17.764.712	20.103.594	95,5

Con relación al capítulo 2.º de Gastos, que representa el 28,63 por 100 del total del presupuesto realizado, exponemos las siguientes consideraciones:

— El Hospital compró, según datos de contabilidad, 59,2 millones de pesetas de fuel-oil, utilizado para calefacción y calderas en vez de gasóleo, por razones económicas ya que supone un importante ahorro.

Estimamos que deberían disponer para el consumo de fuel-oil de los permisos oficiales necesarios, que obligatoriamente se exigen, y de cuya concesión vigente no nos consta, sobre todo por razones de seguridad, vide 7.7.2.

— En esta misma línea presupuestaria, y con carácter general en todas, se observa que se imputan al ejercicio 1983 abonos por facturas de ejercicios anteriores, infringiendo la normativa sobre Resultas, artículos 29 y 30 de la N. G. P. En algunos casos, porque se había agotado el presupuesto de 1982, en contra de los artículos 18 y 26 de la N. G. P.

La Ley Foral del 10 de mayo de 1983 sobre concesión de suplementos de crédito o créditos extraordinarios para gastos necesarios para el funcionamiento de los servicios de la Diputación Foral, aprueba 369 millones de pesetas para financiar gastos del normal funcionamiento de los Servicios de la Diputación Foral: de la cantidad señalada, 99,2 millones se destinan a financiación de los déficits acu-

mulados del Hospital, vide 6.5., que sin embargo no cubren todos los compromisos adquiridos con terceros. El incumplimiento de la normativa sobre Resultas, que puede darse en cualquier mes o factura de las registradas, imposibilita conocer los resultados exactos de ejercicio y el cálculo del exigible de cada año, salvo recuento de todos los pedidos y facturas de los Servicios afectados.

Por otro lado, salvo las concernientes a Ingeniería y Talleres, no se han mostrado las relaciones de facturas a las que corresponden los 99,2 millones de pesetas, problema de falta de presentación de la documentación justificativa, que se repite con frecuencia en los capítulos económicos 2.º y 5.º, debido a la carencia de un departamento económico contable-patrimonial propio del centro, que controle y archive la documentación y no a que no exista la justificación documental del gasto, en nuestra opinión.

— El Hospital ha operado en 1983, para las compras de consumo y reposición (almacén central), tratando de incrementar y extender la normativa de Contratación, concursos, para los suministros superiores a 3 millones de pesetas y los procedimientos de ofertas a los expedientes entre 0,5 y 3 millones de pesetas. No obstante, se ha observado que:

1.º) Es muy frecuente la práctica de dividir los pedidos, 500.000 pesetas, para que

no superen esa cifra y así realizar el pedido directamente, sin expediente previo que justifique el estudio de las condiciones y autorización oportuna de la Comisión. En otros casos, incluso, un sólo pedido directo supera las 500.000 pesetas.

2.º) A algunas casas se les solicita suministros muy numerosos que superan los 3 millones de pesetas al cabo del año, con la firma de Administración y el visto bueno de Intervención. Con ello se atienden necesidades no programadas, aunque repetitivas, de relativa urgencia o que no se pueden dejar de atender hasta que se resuelva el concurso.

3.º) De una valoración efectuada sobre la parte del presupuesto del capítulo 2.º sacado a concurso, se ha obtenido que aproximadamente el 12 por 100 se adquirió mediante concurso y un 88 por 100 mediante compras directas, incluida Farmacia.

Interesaría una adaptación y subsiguiente respeto a las normas sobre adquisiciones, en materia de autorizaciones y cuantías límite, a nuestro juicio.

— Las devoluciones que se producen no se contabilizan mediante aplicación a la cuenta y ejercicio correspondiente, sino como un menor gasto de los consumos del ejercicio, vg. compensando otra factura, de forma incorrecta en nuestra opinión.

— Se ha observado el abono duplicado de una factura —33.694 pesetas—, deficiencia que alguna otra vez, como en 1984, se ha detectado, y un pago inferior en 300.000 pesetas al valor de la factura, registro del 16 de agosto de 1983, sin explicación de por qué se abona menos.

Interesaría la regularización: del proceso de solicitud, número pedido, número albarán, recepción, número factura, número pago, saldo proveedores, firmas autorizadas, entregas parciales..., con una correlación ordenada y adecuado control interno. Así, las fichas extracontables de aprovisionamiento sólo reco-

gen los momentos de solicitud y admisión de la factura, sin arrastre de saldos y verificación con la contabilidad presupuestaria.

— Existen abonos, imputados incorrectamente en nuestra opinión, de pequeña cuantía, de los que ignora aprovisionamiento a qué corresponden; las bonificaciones, como material regalado, no constan contablemente, salvo en las facturas del proveedor.

Hay cargos no adecuados a la naturaleza económica del código utilizado.

— Respecto de las **compras para cocina:**

- Excepto carne, pollos y huevos, todos los productos se compran mediante petición telefónica, con criterios y procesos de selección de proveedores no documentados y determinados por las encargadas, procedimientos no conformes a la Norma de Contratación, pero prácticos, artículo 102 de la N. C.

- No se llevan fichas de proveedores, existen albaranes sin firmar, el peso se controla por muestreo, según indican. No existe limitación de cantidad a partir de la cual necesitan autorización.

- No ha funcionado un control de inventario y de entradas y salidas del almacén. Son los mismos quienes piden, reciben y almacenan.

- La falta de Jefe de Hostelería y Jefe de Alimentación ha hecho que las encargadas del nivel 17 tuvieran que asumir funciones de Jefe sin la autoridad precisa, originándose problemas de coordinación con el resto del personal. Presentaron su dimisión que no les fue aceptada.

- La comunicación desde los servicios de las dietas a servir a los ingresados no ha funcionado al nivel que hubiera sido deseable y ha sido frecuente que se suministraran más comidas de las necesarias, o que a última hora faltaran dietas y tuviesen que solicitarlas rápidamente. No ha sido posible un cálculo de estas desviaciones, por falta de información. Apuntamos como datos orientativos:

Total dietas servidas por cocina ...	199.528
Total dietas suministradas a los Servicios	162.680
Total estancias	167.132

Desviación 36.848

Vide 6.7.2.7.

Faltan los datos de dietas producidas por cocina y no servidas.

Los cocineros preparaban más comida de

la solicitada por los servicios, problema de coordinación, dando lugar a sobras, en especial de platos determinados, que en ocasiones

se pierden. Ha de aclararse que la solicitud de comida incluye un 10 por 100 de más, de reserva.

Parte de los alimentos cocinados no servidos se aprovecha en beneficio de parados de Orfanato que acuden a que se les proporcione comidas. El 23 de mayo de 1984, el Consejero de Sanidad ordenó facilitar el suministro diario de alimentación y productos de limpieza a los jóvenes y adultos procedentes del Orfanato de Navarra.

Cuarenta y ocho empleados de cocina almuerzan o meriendan en la cocina. En opinión del Jefe de Alimentación hay que considerarlo como una prerrogativa del oficio, debido a que de prohibirse no se conseguirían resultados, pero debería tener su reflejo contable, a nuestro juicio.

- Se suministran productos no cocinados a un funcionario del Hospital.

- Los sótanos constituyen la vía de comunicación para los traslados de las comidas. Se encuentran en un mal estado, con un largo recorrido. Por estas circunstancias no se lleva la comida emplatada a Geriatria.

- Cuando se instaló la cocina nueva —año 1968—:

1.º) No se completó el equipo de lavado.

2.º) Se compraron un excesivo número de carros termo —12— con un valor de inventario de 579.006 pesetas y 1.127 platos térmicos que no figuran en Inventario. Tanto los carros como los platos térmicos se mantienen en el almacén general sin estrenar, y

3.º) Se adquirieron carros de transporte que por su peso y operatividad no se muestran muy funcionales, según opinión de los trabajadores.

- Hay instalaciones, como la cocina de Maternidad, en estado pésimo y materiales de lo más diverso almacenados en los túneles del sótano.

No obstante todo lo expuesto sobre el funcionamiento y control de la cocina, ha de señalarse que la gestión ha mejorado notablemente a lo largo de 1983 y 1984, en nuestra opinión:

- Se van definiendo las funciones y clarificando los campos de actuación y responsabilidades, con la ayuda de las encargadas y el Jefe de Alimentación, incorporado en 1984. Así, los pedidos a los proveedores ya no los hacen los cocineros, y parece que el personal ya no come en cocina. Se cortaron en 1983

las comidas de 12 empleadas no pertenecientes a la Cocina.

- Se va a intentar desarrollar un inventario permanente, con un seguimiento de las entradas y salidas.

- Se analizan los circuitos y mecanismos, utilización de la informática, para reducir las desviaciones entre dietas precisas y producidas y controlar los consumos por dieta.

- Se tiene el objetivo de utilizar adecuadamente todas las sobras, bien por reparto a los parados o posterior empleo en la cocina.

Sería conveniente:

1.º) La adecuación de la actividad a las normas de contratación, que a su vez contemplaran las peculiaridades de Cocina.

2.º) Una regulación de todo el proceso en cuanto a: selección de proveedores, pedido, recepción, control de calidad-peso, devoluciones, firmas, límites en pedidos, contabilidad, costes, almacenamiento, salidas de productos no cocinados.

3.º) Un ajuste del personal con su categoría, función y remuneración adecuadas.

4.º) Un análisis periódico de la rentabilidad y calidad del servicio que podría funcionar como una sección autónoma, y

5.º) Estudiar la posibilidad de mejorar el transporte de las comidas, realmente problemático en un centro con distancias tan largas, por los sótanos.

— En cuanto a Farmacia:

- El proceso de compras, recepción y almacenamiento se desarrolla sin ajustarse a una normativa y procedimiento normalizados.

Hay pedidos por escrito, por teléfono, y suministros periódicos de los que no se hacen pedidos. Recepción no firma los albaranes. No se lleva suma agregada del total comprado a cada proveedor. No se documentan los errores detectados ni se contabilizan las devoluciones —recuérdese las devoluciones de sueros por un valor de unos 2 millones de pesetas, cuya liquidación total no ha terminado, ni figura contablemente, en contra de las normas presupuestarias y criterios de contabilidad— y las bonificaciones. De algunos suministros ni se llevan fichas ni guardan albaranes, al menos no se han presentado. No se registran las entradas y salidas mediante un inventario permanente. Lo mismo se puede afirmar respecto de los botiquines y almacenes de material de las plantas.

En algunas ocasiones no existe correspondencia entre factura, ficha y pedido.

- Se observan idénticas deficiencias a las señaladas en los apartados anteriores respecto a: infracción normas de resultas, suministros periódicos superiores a millones de pesetas por un solo proveedor sin documentar el expediente seguido, división de los pedidos para que no sean superiores a 500.000 pesetas y solicitarlos con el visto bueno de Administración.

- Algunos productos son comprados tanto por Farmacia como por Aprovisionamiento, planteándose cuál de los dos controla la compra de los mismos.

- Se abonan 247.439 pesetas más 138.936 pesetas, como apoyos prestados por Farmacia, con una indebida utilización de la cuenta presupuestaria, en nuestra opinión.

- Farmacia gestiona los productos farmacéuticos requeridos por el Hospital Psiquiátrico, a pesar de que disponen de farmacéutico propio, no facultado para realizar pedidos directamente, según se justifica. No se registran las fases de la adquisición y traspaso de los medicamentos desde el Hospital al Psiquiátrico.

Los códigos económicos del artículo 28 podrían satisfacer para contabilizar adecuadamente las fases señaladas, en todos los suministros del Hospital a otros centros de productos simplemente recibidos y distribuidos.

Por el contrario, el presupuesto de 5,25 millones de pesetas «Adquisiciones y elaboración de productos para otros centros», es utilizado para compras de productos consumidos por el Hospital, en contra de la finalidad autorizada.

- Históricamente se repite el problema de que los presupuestos no se ajustan a las necesidades del período y, una vez gastadas las dotaciones, se siguen comprando los medicamentos por imperativos de la gestión asistencial, contraviniendo las normas presupuestarias, art. 18 N. G. P. La Ley Foral de 10 de mayo de 1983 aprueba 30,5 millones de pesetas para cubrir los déficits de Farmacia que debieran imputarse como Resultas en su momento.

No se ha presentado la relación de facturas a las que corresponde la cantidad mencionada.

Por lo que respecta a las Resultas del ejercicio, Farmacia no proporcionó una relación de pendientes de pago o suministro al 31 de diciembre de 1983, por lo que estimamos se

originarán los mismos problemas al presupuesto de 1984.

Por otro lado, los códigos económicos 264 —productos farmacéuticos— y 267 —material clínico—, son usados indistintamente. Cuando se acaba una línea se imputa a la otra, sin más, no teniendo en cuenta la especificidad del gasto, artículo 26 N. G. P.

Consideramos conveniente que:

1.º) La actividad farmacéutica se ajuste a las normas sobre Presupuestación, Gasto y Contabilidad, evitando las infracciones señaladas.

2.º) El proceso de compras y gestión de «stocks», se desarrollen conforme a normas establecidas que potencien el control del servicio, tanto en el almacén central como en los de plantas.

— En cuanto a Talleres y Mantenimiento:

- Se dota de administración, 1 auxiliar, en 1981, que permite un mínimo seguimiento de la gestión. Ha sido frecuente el desajuste de facturas en el tiempo, incluso en 1983, infringiendo las normas sobre Resultas. La mecanización necesaria para un conocimiento de costes, que permitieran imputar a cada servicio lo gastado en esta área, no se ha desarrollado por falta de medios, según justifican.

Asimismo, se implantó un Almacén con un encargado en 1983, y se inicia el proceso de canalizar las compras a través del mismo. Antes, los oficiales compraban directamente en el exterior, sin otra autorización. Falta la etapa de normalizar el proceso de compras, almacenamiento y distribución. Así, los pedidos siguen haciéndose por teléfono y en ocasiones no se presentan albaranes ni número de factura. Se ha comprobado la existencia de 5 facturas con el mismo número.

Resultado de la época anterior es que algunos productos se compraran por encima de las necesidades de consumo y sin el adecuado control precio-calidad, en nuestra opinión.

- Se observa la carencia de un criterio económico a la hora de imputar los gastos, distinguiendo en primer lugar entre inversión y gastos de mantenimiento, y en segundo lugar entre los diferentes conceptos del capítulo 2.º de Gastos, produciéndose prácticas presupuestarias incorrectas. Pueden repetirse los comentarios de los apartados anteriores, en cuanto al incumplimiento de las normas sobre Resultas.

La Ley Foral del 10 de mayo de 1983 destina una partida de 13.165.582 pesetas para cu-

brir los déficits de años anteriores en la conservación de equipos (sin abonar todo lo pendiente), por deficiencias similares a las indicadas correlativamente a Farmacia, respecto a Presupuestación y normas sobre Resultas.

- Las reparaciones de los equipos médicos presentan las peculiaridades de que son costosas, con tecnología punta y en ocasiones urgentes. Por razones de flexibilidad se busca contratar con el exterior, pero se ha procedido sin un control de costos y reparaciones, y asesoramientos jurídicos adecuados, en nuestra opinión.

Ya se ha indicado que por falta de medios y agilidad informática no se controlan las producciones, costes, los tiempos de parada... mediante el ordenador, y unas veces, por urgencia, se acude a reparar por llamada telefónica con facturas superiores a 500.000 pesetas, y en otras, por razones de economicidad, sin que medie contrato o una autorización previa oportuna. Ha de señalarse que, si no existe contrato de mantenimiento, resulta prácticamente imposible seguir los criterios presupuestarios y de la Norma de Contratación. Hay un vacío de reglamentación y de normas formales de funcionamiento que debería ser cubierto.

A partir de 1982, con la incipiente administración y Jefatura, se iniciaron los contra-

tos de mantenimiento, que a finales de 1983 alcanzan 18.057.026 pesetas, alrededor del 50 por 100 del presupuesto para 1983.

La solicitud de reparación exterior se realiza mediante llamada telefónica, normalmente desde el servicio-usuario del aparato.

— Transporte y Comunicaciones:

En Viajes y Dietas se observa un procedimiento diferente para el personal médico-sanitario y el resto, a partir del momento que se plantea la validez de las autorizaciones desde el Hospital, tal como se hacía antes. Los médicos siguen el procedimiento anterior —el Director médico es quien da la autorización—, mientras que para el resto, se debe obtener el visto bueno del Ponente y aprobación de Diputación Foral, a través de la Dirección General de Sanidad.

Durante 1983 las dietas son eliminadas en el Centro, para que pudiera más personal participar en actividades formativas, con el presupuesto de «viajes y dietas».

Las líneas 34880, código económico 277, y las correspondientes a «viajes y dietas», código económico 253, se utilizan indistintamente, en contra de lo dispuesto por las normas presupuestarias, artículo 26 N. G. P.

6.6.3. «Transferencias».

A continuación se analiza el capítulo 3.º de Gastos.

CONCEPTO	Total créditos Autorizados	Realizado	Resultas	Pendiente ctos. anulados	% Realiz. y Res. s/C. Au.
Otras familias y part.	250.000	182.440		67.560	72,97

Comprende pagos por servicios como taxi-transporte de funcionario uso especial, reintegros de facturas, análisis prestados en otros centros, que en absoluto pueden calificarse de transferencias y que reclaman un tratamiento contable adecuado, conforme a las nor-

mas presupuestarias, aparte de unas prácticas sanas de gestión.

6.3.4. Inversiones.

El cuadro siguiente muestra la evolución del capítulo 5.º de Gastos.

CONCEPTO	Total créditos Autorizados	Realizado	Resultas	Pendiente ctos. anulados	% Realiz. y Res. s/C. Au.
Centros sanitarios y laboratorios	223.446.447	72.674.390	3.668.543	147.103.514	34,5
Maquinaria transp.	1.500.000	532.851		967.149	35,5

CONCEPTO	Total créditos Autorizados	Realizado	Resultas	Pendiente ctos. anulados	% Realiz. y Res. s/C. Au.
Médicos	138.191.645	63.824.705	57.579.349	16.787.591	87,8
Muebles y equip. of.	150.000	—	—	150.000	—
TOTAL	363.288.092	137.031.946	61.247.892	165.008.254	54,58

- El bajo nivel de ejecución del Capítulo de inversiones pone de manifiesto los problemas de la prórroga del presupuesto, del nivel de actividades y del seguimiento presupuestario de 1983.

Algunas partidas referentes a obras fueron aumentadas considerablemente, por lo que estimamos responderían a previsiones o proyectos.

La anulación de 147 millones, solicitados como créditos incorporados para 1984, implica una deficiente programación y actividad. Los cambios directivos, junto a proyectos cuya ejecución se ha retrasado, pueden explicar en parte las deficiencias.

Interesaría que los proyectos se ajusten presupuestariamente al tiempo de realización. Aquellas obras que se programen terminar en dos años habrían de presupuestarse conforme a las normas, asignando la ejecución de cada año al presupuesto correspondiente.

No nos ha sido facilitada información del retraso concreto en la marcha de las obras, una vez aprobadas, si bien van realizándose todas, salvo el proyecto técnico de la planta 4.ª, paralizada, por un importe de 8,45 millones de pesetas.

Por otro lado, han sido repetitivas las quejas de los médicos por la escasa dotación presupuestaria para la adquisición de equipos y son eliminados 16,78 millones de pesetas, autorizados para compras de equipos. Prácticamente se solicitó incorporación de créditos de la totalidad no gastada, incluidos 7,65 millones para cubrir una posible adquisición de un equipo procesador de textos, diferente al adjudicado provisionalmente.

- Se observa que diversos pagos de obligaciones correspondientes a ejercicios anteriores se imputan al presupuesto de 1983, sin estar comprendidos en la lista de facturas incluidas en los déficits, financiadas según la Ley Foral de 10 de mayo de 1983, en contra de la normativa sobre Resultas.

- Algunas certificaciones superan la cifra aprobada según presupuesto sin que se hubieran propuesto los oportunos acuerdos de ampliación de obras o se comprometen sin cumplir el correspondiente procedimiento de contratación, véase acuerdo D. F. de 31 de agosto de 1983, en relación con la U. C. I.

- La sección correspondiente no gestiona un adecuado seguimiento de la marcha de las obras individualmente, tanto administrativa como técnicamente, ya que esta función última fue encomendada, por acuerdo Comisión Delegada de 21 de marzo de 1984, al personal técnico de la Dirección de Educación, con las deficiencias consiguientes de coordinación y control.

Las revisiones de precios deberían pasar previamente el informe jurídico e intervención, a nuestro juicio.

- La reparación de fachadas, adjudicada por 25.700.000 pesetas en mayo de 1983 no encaja, en nuestra opinión, dentro del capítulo de Inversiones, debiéndose presupuestar dentro del capítulo 2.º de gastos.

De esta obra, en concreto, se ha solicitado incorporación de créditos por valor de 17.374.388 pesetas, el 67,5 por 100, para 1984.

6.7. CUENTAS PRESUPUESTARIAS DE INGRESOS

Como complemento de lo expuesto en el apartado 6.2 sobre derechos a cobrar interesa exponer las siguientes observaciones:

6.7.1. En cuanto al proceso de cobros:

— El responsable actual se hizo cargo de la sección sin que nadie le definiera el puesto y le señalara cómo se gestionaba o tenía que llevarse. Problema de transparencia informativa en la administración muy frecuente y que puede dar lugar a múltiples problemas con pérdidas de derechos de la Diputación.

1) Como no se controlaban adecuadamente los saldos deudores, la cuantía de las

deudas se obtuvo por Caja mediante recuento de las facturas archivadas, sin garantía de que fueran recogidas todas las pendientes. Muchas de ellas habrían desaparecido, en nuestra opinión.

2) Puede recordarse lo expuesto en los puntos 6.2.1.3 y 6.2.1.5 sobre deudas prescritas.

3) No se comprobaban los vales de Admisión con los cobros de ambulatorio de Caja. Las posibles desviaciones no han sido seguidas, por tanto, como se debía, a nuestro juicio.

— Las reclamaciones de usuarios sobre facturas giradas quedaban estancadas, al no ser atendidas por ausencia del Gerente. Desde hace unos tres meses, el Director Administrativo ha asumido la función, agilizando el cobro de estas deudas.

De todas formas, interesaría que se aprobara el procedimiento definitivo, previsto por el artículo 6 sobre tarifas, B. O. N. del 9 de abril de 1984.

— Los funcionarios de Uso especial no han sido controlados adecuadamente por la no implantación de un sistema, vg. carnet, que permitiera identificar a todo titular de Uso Especial.

— Es posible, y consideramos que real, el hecho de que no se imputan todas las actuaciones a los pacientes, porque, vg. los servicios no sigan el cumplimiento de las normas administrativas o se pidan análisis, ... etc. para particulares, como si fueran para ingresados. Añádase lo indicado en 6.2.1.2 sobre proceso de facturación.

— No ha existido la adecuada coordinación y separación de funciones entre Facturación-Caja y Contabilidad. Pueden resaltarse los problemas que devienen de la falta de una contabilidad patrimonial, y verificación periódica de los saldos deudores. Por otro lado, Facturación no comprueba que los cobros corresponden a las facturas que la misma confecciona.

— Los ingresos por Bancos se aplican a una Cuenta corriente de la Diputación Foral que engloba cobros muy diversos y de diferente origen, no facilitando el seguimiento de los cobros.

6.7.2. Respecto a la Gestión Presupuestaria:

A continuación se analizan los ingresos por los conceptos económicos del Presupuesto, cuyo desarrollo se muestra en el cuadro siguiente:

COMPARACION PRESUPUESTOS INGRESOS 1982-1983 Hospital de Navarra — Código Org.: 62.000

Código económico	CONCEPTO	AÑO 1982				AÑO 1983			Evolución Evolución Presup. nivel 83-82 ejecuc.		
		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	
		Presupuesto	Presup. total	Realizad. y Resultas	Realizad. y Resultas	Presupuesto	Total ingresos y autoriz.	Realizad. y Resultas	% Real y Result./total ing. autoriz.	C.4 : C.1	C.6 : C.3
310	Medicina	1.277.000	1.277.000	1.056.084	1.277.000	1.277.000	1.277.000	1.009.531	79,05 %	100 %	95,59 %
319	Ingresos Uso Especial	100.000	100.000	120.000	100.000	100.000	100.000	160.000	160,00 %	100 %	133,33 %

370	Productos alimenticios	300	300	300	300	301	100,00 %	100 %	501,66 %
384	Cocina y alimentación	2.000	2.000	2.000	2.000	1.265	63,25 %	100 %	89,91 %
399	Otros productos	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	100,00 %	100 %	160,00 %
669	Otros equipos	300	300	300	300	192	64,00 %	100 %	82,40 %
809	Otros dividendos	250	250	250	250	40	16,00 %	100 %	7,52 %
860	De edificios	600	600	600	600	1.915	319,17 %	100 %	88,94 %
62.000	Total Hospital de Navarra	1.381.450	1.381.450	1.381.450	1.381.450	1.174.244	85,00 %	100 %	99,42 %

6.7.2.1. «Consultas, asistencia médica».

— Con carácter general se repite el problema ya señalado en múltiples ocasiones, de que no se respetan las normas presupuestarias sobre Resultas. Son numerosos los cobros que se imputan al ejercicio, cuando los mismos corresponden realmente a derechos generados en años anteriores.

Como se ya indicó, tan sólo pasan a Resultas deudas de la línea contable «Estancias» y por un importe muy reducido, 126 millones de pesetas, frente a los 825 millones estimados como pendientes al 31 de diciembre de 1983.

— Hay numerosas rectificaciones de asientos en Ingresos. La Sección correspondiente de Hacienda no imputa los ingresos a sus cuentas con la debida precisión, a nuestro juicio. Así resulta que Caja, servicio encargado del cobro y reclamaciones, es quien lleva la contabilidad, efectivamente.

— Se cobran 15.000 pesetas mensuales de una factura de 1977 a una empleada, sin que figure la deuda dentro del saldo pendiente.

6.7.2.2. «Estancias».

— Se abonan al ejercicio 1983, 149,78 millones de pesetas, correspondientes a deudas anteriores al 31 de diciembre de 1982, según datos de Tesorería.

— Se traspasan como resultas para 1984, 126,73 millones de pesetas, correspondientes a giros de los meses de noviembre y diciembre al Insalud. Vide 6.2.

— Los gastos bancarios de pequeña cuantía, originados por la gestión del dinero, se afectan como menor ingreso de derechos ya cobrados, en contra de lo dispuesto, artículo 25 de la N. G. P.

— Se cargan 1,77 millones, con abono a la D. G. de Sanidad por el concepto de ambulancias. El Hospital actuaba como gestor en los cobros por servicios de ambulancias, enclavadas orgánicamente dentro de la D. G. de Sanidad.

— Por acuerdo del 27 de junio de 1980 se concede a los asilados del Hospital un 20 por 100 de las subvenciones a favor de los mismos, para libre disposición.

Las 370.000 pesetas de 1983, por el 20 por 100 mencionado, se cargan, incorrectamente desde nuestro punto de vista, y se abonan a una cuenta de Depositantes. Estimamos que

los beneficiarios deberían conocer los depósitos, y si son disponibles.

— Se observa que Insalud no abona desde mayo de 1983 las facturas giradas por servicios de «Tarifas especiales», tema importante si se considera el volumen que las mismas representan. Sólo en el período mayo-

diciembre, sin contar lo pendiente y actualizaciones, la deuda por «Tarifas Especiales» asciende a 49,6 millones de pesetas. No han sido facilitadas las razones de esta situación.

— Se abonan en concepto de «Uso Normal, Funcionarios»:

Cantidad	Año	Observaciones
4.949.180 pesetas del año	1982	No se ha presen-
4.978.800 » » »	1983	tado documenta-
740.780 » » »	1983	ción justificativa.

Estimamos que la evolución de estos ingresos, como de los siguientes, deberían poderse analizar contablemente en sus propias y respectivas cuentas.

6.7.2.3. «Uso Especial, Funcionarios».

Recoge cuantas actuaciones se practican a Funcionarios Provinciales y Locales, que disfrutan de la asistencia sanitaria denominada «Uso Especial». El responsable, por tanto, es la propia Diputación.

Se presupuestaron 100 millones de pesetas. Fueron facturados 371,3 millones de pesetas, según Tesorería (1):

	Pesetas
U. E. F. Provinciales	234.326.954
U. E. F. Locales	137.025.370
Total	371.352.324

La Diputación Foral resuelve por acuerdo de la Comisión Delegada del 31 de enero de 1984: «... aprobar el abono de 160 millones de pesetas al Hospital-Maternidad de Navarra, en concepto de asistencia sanitaria «Uso Especial» del año 1983 y los gastos originados por «Uso Normal» de empleados de la Diputación durante el mismo año.

Conforme a lo expuesto, cabe interpretar que la prestación de asistencia sanitaria a los funcionarios con el régimen de la Diputación Foral representa un déficit de 211,3 millones de pesetas al Hospital. Cantidad que se vería

incrementada si se cargaran los costes reales de la asistencia prestada.

6.7.2.4. «Otros Productos de Radiografía».

— Comprende los cobros por venta de chatarra y recuperación de productos radiográficos.

— Interesaría que las salidas de material se reflejaran contablemente con repercusión en deudores, hasta que se cobran.

6.7.2.5. «Urgencias».

— Se ingresan 5,59 millones de pesetas, un 22 por 100 de lo presupuestado.

Ha de señalarse que por Urgencias se canalizan hacia al Hospital un porcentaje importante de usuarios, a los que se facturan por otros conceptos.

6.7.2.6. «Productos Alimenticios no cocinados».

— Representan unos movimientos de escasa cuantía. No ha sido aportada la autorización para estas salidas de productos no cocinados, según Acuerdo del 14 de agosto de 1973 (Vide 6.2.1.4., 2.º párrafo).

6.7.2.7. «Descuentos a Residentes, Comunidades, Orfanato y Ambulancias».

— La cantidad descontada por comidas servidas a Residentes y Comunidad no se corresponde a los costes de las mismas. No se ha presentado el acuerdo sobre autorización y precios a cobrar.

Según datos de cocina, se suministraron 36.848 dietas a personal no ingresado, cuyo valor está muy por encima de lo que figura como ingresado, 1.264.799 pesetas, aparte del tema de los alimentos cocinados no distribuidos ya tratado en el punto 6.6.2.

(1) Dado el sistema de Facturación, esta cifra cambia en otra documentación, al recoger variaciones de adscripción de usuarios según calificación económica.

6.7.2.8. «Renta de valores».

— Se registran ingresos patrimoniales de Valores por valor de 40.000 pesetas, cuya gestión corresponde al Servicio de Patrimonio de la Diputación Foral. En el Centro no conservan documentación.

6.7.2.9. «Renta de Inmuebles».

— Recoge los cobros provenientes del contrato de arrendamiento de la cafetería, cuyos titulares mantienen una deuda de 5 meses normalmente.

— Interesaría un seguimiento de todo cuanto se acordó en las cláusulas del contrato.

A continuación examinados las Resultas.

6.8. RESULTAS DE GASTOS

— Los temas de Resultas y la correcta determinación del saldo de Proveedores constituyen una de las lagunas más significativas del sistema de registro y control del Centro, como se ha señalado en diversos apartados del Informe.

Debido a que el Centro:

1.º) No ha seguido las normas sobre Resultas y periodificado los movimientos de acuerdo con las normas presupuestarias.

2.º) No ha llevado una contabilidad patrimonial, Deudores-Acreedores, y,

3.º) Abarca diversos Servicios que compran, tres almacenes, más cocina, y son generados ingresos sin una centralización y seguimiento de saldos, las dificultades para un

cálculo exacto de las Resultas son considerables. Estimamos que una de las primeras tareas a realizar debería enfocarse a resolver estos problemas y conseguir un control eficaz, al menos contable, del saldo Acreedor-Deudor por todos y cada uno de los conceptos y conforme a la normativa.

Como se muestra en el Anexo 7, dentro de las Resultas no figuran saldos pendientes de Farmacia —recuérdese que se aprobaron en mayo del 83, 30,5 millones de pesetas para cubrir los déficits de farmacia de años anteriores—, ni hay garantías de que se hayan recogido todos los acreedores de los demás centros de aprovisionamiento. En 1984 se van a repetir los mismos problemas, que deberían eliminarse para el ejercicio 1985, a nuestro juicio.

Por todo ello, consideramos que la cuantía de las obligaciones a pagar que se presenta, no refleja razonablemente el saldo deudor del Centro.

— El saldo pendiente de pagos al final del ejercicio asciende a 83,91 millones de pesetas, según muestra el cuadro, obtenido de las Cuentas Generales (Anexo 7).

6.9. RESULTAS DE INGRESOS

El análisis de la situación de los deudores ha sido desarrollado en el apartado 6.2.

A continuación se presenta la evolución de las Resultas, según las Cuentas Generales y los ajustes estimados, conforme a los datos de Tesorería, al 31 de diciembre de 1983.

Año	Cuentas Generales	Ajustes Estimados	Cobros Resultas	Total pendiente Dchos. a cobrar, pts.	Observaciones
79	—	+ 8.203.776		8.203.766	
80	—	+ 37.585.359		37.585.359	
81	—	+ 94.050.549		94.050.549	
82	151.296.384	+ 290.456.006	151.296.384	290.456.006	— 416.580 ptas. ¿anulados?
83	126.735.899	268.409.253		395.145.242	
TOTAL ...				825.440.932	Insalud abonó 398.266.814 ptas. en los dos primeros meses de 1984, reduciendo el saldo.

No se consideran:

— 1.650.326 pesetas de años anteriores a 1979, vide 6.2.1.5.

— Ni los déficits de Tesorería por asistencia a funcionarios, porque no constituyen derechos a cobrar, formalmente.

Interesa señalar que:

1.º) En el tema de Ingresos, con la colaboración potenciada de Informática y mejora de la conexión Servicios-Facturación-Caja-Contabilidad, podrían seguirse adecuadamente los cobros y saldos de Deudores.

2.º) Los derechos a cobrar deberían imputarse a los resultados del ejercicio correspondiente. Cuantos ingresos se produzcan por pagos de deudas de terceros, anteriores al ejercicio presupuestario, no pueden aplicarse al mismo, tal y como se viene practicando, infringiendo las normas presupuestarias y desdibujando los resultados presupuestarios del año.

7. EFICACIA Y EFICIENCIA

7.1. LIMITACIONES

— El exponer nuestra opinión sobre la eficacia y eficiencia del centro en la consecución de las metas propuestas, ha constituido uno de los objetivos del presente trabajo.

Las circunstancias de que: 1.º) El presupuesto de 1983 sea una prórroga del año anterior; 2.º) Las Oficinas Presupuestarias no hayan seguido el desarrollo de los programas y proyectos, y 3.º) No se dispongan de estudios de Costes y Resultados con relación a los objetivos del Hospital y Contabilidad General, constituyen una grave dificultad a la hora de poder emitir una valoración sobre la eficacia y eficiencia.

Hemos visto, además, que el Control Interno de la Contabilidad Presupuestaria constituye una de las áreas a mejorar y potenciar.

No existe, por tanto, una información histórica, completa y ponderada de los programas. Por ello, se ha reemplazado la fórmula de analizar costes, resultados y desviaciones de los proyectos, con la alternativa de estudiar aquellos aspectos considerados relevantes por el firmante, y de los que pudo conseguirse información.

— Consecuencia de lo expuesto, cuantas consideraciones se hagan en el presente capítulo, no pretenden ser más que valoraciones cualitativas, dirigidas a exponer la situación del Hospital, los problemas a superar para lograr un mejora de la eficacia y eficiencia, desde nuestro punto de vista.

— La estadística y cuadros se adjuntan en los Anexos.

7.2. OBJETIVOS, RELACIONES DIPUTACION FORAL-HOSPITAL.—ORGANIZACION

— Cuáles eran los **objetivos** del Hospital, o cuál es el objetivo del Hospital, dentro del sistema sanitario, o qué metas pretendía la Diputación Foral con los recursos destinados al Centro, son interrogantes a los que no hemos encontrado respuesta documentada para el ejercicio 1983.

Los Hospitales, como tantas instituciones, han evolucionado, tratando de satisfacer las demandas socio-sanitarias que se le reclaman. En este contexto cambiante, ¿cuál ha sido la respuesta del Hospital? ¿Los costes se ajustan a los niveles asistenciales con la calidad pretendida?

La indefinición de los objetivos y estrategia a seguir y los «vaivenes» experimentados en los últimos años, introducen elementos de incertidumbre dentro del Hospital, que de esta forma encuentra una explicación a parte de los problemas.

Procedería, por tanto, un esfuerzo para tratar de marcar los objetivos, en sus diferentes niveles, que sirvieran de guía al trabajo a realizar, teniendo en cuenta los medios disponibles.

— La Diputación Foral inicia el 16 de mayo de 1980 una profunda reforma de los esquemas de organización técnico-sanitaria, administrativa y fiscalizadora de las asignaciones que esta Corporación Foral destina al Hospital-Maternidad de Navarra. Cabe señalar, en este sentido, el acuerdo del 18 de diciembre de 1980, que aprueba los Estatutos para la Organización y Régimen de Funcionamiento de los Organos de Gestión del Hospital de Navarra.

Interesa poner de relieve las siguientes consideraciones:

1.º) El modelo cuya expresión gráfica se plasma en el organigrama, es propuesto, desarrollado y puesto en marcha por un Gerente que no estuvo el tiempo suficiente para consolidarlo o proponer las reformas que la realidad aconsejara.

2.º) El Hospital se constituye en «régimen de gestión directa con órgano especial de administración».

Se observa que ha habido frecuentes conflictos entre el Hospital y Diputación, sobre todo en materia de personal. Algunas de las resoluciones adoptadas no han encontrado un mismo eco en el Centro, a nuestro juicio.

3.º) La Junta de Gobierno se erige en el Órgano de gestión de más alta jerarquía del Centro.

En cuanto al Pleno:

- No se han cumplido las reuniones obligatorias trimestrales.

- Estimamos que no ha funcionado ni ha sido operativo. En el acta del 9 de febrero de 1983 se hace constar que los Presupuestos del 1982 y 1983 no han sido aprobados y ni siquiera presentados a la Junta de Gobierno.

- Una vez terminado el período, Diputación Foral no ha convocado el Pleno para la renovación de vocales. Desde febrero de 1983 no se ha reunido.

En cuanto a la Comisión:

- La incertidumbre de qué camino iba a seguirse, con una cierta paralización, ha afectado al correcto funcionamiento de la misma por el problema de renovación de los miembros previstos en los Estatutos; pero, al menos, se ha reunido y contribuido a que continuara la marcha del Hospital, sin cortarla.

- La delegación de competencias es muy reducida, pasando casi todo los temas por la Comisión, que se limita a aprobar o no las propuestas del Hospital.

- Los cambios del procedimiento han sido continuos, incluso se modifica quién deba ser el presidente, en detrimento del buen funcionamiento, en nuestra opinión.

4.º) Si el organigrama contiene la estructura del modelo propuesto, puede afirmarse que el modelo nunca se ha llevado a la práctica, con las deficiencias consiguientes:

- Según el organigrama que se acompaña en el anexo núm. 1, es evidente que no se han cumplido las previsiones.

- Puestos de responsabilidad a todos los niveles no se han cubierto o están vacantes. Pueden resaltarse, a modo de ejemplo, los cargos de Gerente, Director de personal y técnico-asistencial, y toda la gama de puestos intermedios, claves para una gestión normalizada. Si creemos que la dirección a todos los niveles es necesaria y responsable de conducir, planificar y controlar, podríamos concluir que las funciones mencionadas no han podido desarrollarse a unos niveles aceptables.

- Estimamos que el propio organigrama y dotación de personal, véase acuerdo del 18 de diciembre de 1980, no se ajusta ya a las necesidades actuales. El tema del personal y su ajuste es delicado y complejo, pero pensamos

que las plantillas, salvadas las dificultades legales y derechos adquiridos, deberían responder a una planificación de la actividad, que consideramos faltó, incluso en ese momento inicial.

Por otro lado, la jerarquización y departamentalización de los Hospitales se encuentra en fase de estudio y búsqueda de modelos, que posibiliten atender a los enfermos según unos criterios no estrictos de especialidad.

Se intentan organizaciones de asistencia integral con unidades de enfermos «homogéneos», como grados de dependencia, susceptibles de tratamiento por varios Servicios. En cualquier caso, opinamos que no se puede renunciar a una gestión coordinada de los Servicios.

La división en Departamentos no ha previsto las dificultades del personal médico que se iba a hacer cargo de ellos. Como Jefes de Servicio no tienen ni el tiempo ni la dedicación necesaria, a nuestro juicio, para lograr la coordinación e impulso de los servicios. Estimamos que se mantiene parcialmente la filosofía de concebir los Servicios como unidades autónomas, con problemas de conexión inter-servicios.

Las direcciones se encuentran sin los debidos apoyos de personal y, sobre todo, de tratamiento de la información, para dirigir con conocimiento real y actual de los problemas.

5.º) Consideramos que el equilibrio entre las actividades y dotación de medios no se ha cumplido en el Centro.

La estructura médica se encuentra a un nivel de desarrollo del organigrama aceptable, con una promoción del personal médico relativa en los últimos años y unos medios materiales razonables. La remuneración media es superior significativamente, a la del resto de los empleados.

Las demás divisiones no se han desarrollado al mismo nivel; los mandos intermedios brillan por su ausencia, repitiéndose frecuentemente la solución de personal provisional para estos puestos, sin nombramiento, categoría y remuneración adecuados.

La escasez de medios ha sido notoria en las áreas económico-administrativas, tanto de asuntos financieros como de personal.

6.º) Se ha avanzado muy poco en la definición de puestos, estudios de cargas reales de trabajo, métodos de evaluación del personal y promoción...

Se debería progresar en alcanzar una situación flexible, pero al mismo tiempo profesional, responsable y valorada que sustituya a la anterior, caracterizada, dicho sea en términos populares, «de que trabaja quien quiere», sin motivación y control.

El Hospital debería analizar periódicamente la organización y desviaciones entre realidad y teoría para lograr los objetivos con la máxima eficacia y eficiencia, mediante las reformas oportunas.

7.3. ANALISIS MICROECONOMICO

Iniciamos el examen, estudiando los parámetros de los que hemos podido conseguir datos, comparativamente con otros Centros, de cierta similitud en cuanto a la estructura y problemática económica general.

Se pretende ofrecer una valoración global del Hospital, que permita ponderar en qué situación se encuentra el Centro con relación a otros Hospitales.

Interesaría constatar, de entrada, las dificultades que entraña este tipo de trabajos porque:

- No existen o no conocemos unos índices representativos de una gestión eficaz. Las empresas llevan muchos años de adelanto en esta materia. Cualquier empresa puede enjuiciarse manejando los ratios, ya admitidos, en los diversos campos de la gestión y compararlos con los suyos.

- Los datos obtenidos no son fiables, porque:

- 1.º) Las definiciones y ámbito de cada concepto no están determinadas.

- 2.º) No se han verificado. A este respecto es oportuno señalar que las cifras oficiales de los Centros Sanitarios no son precisamente muy exactas. Una Inspección de España ha valorado las respuestas, desde un punto de vista de su bondad y ha estimado que un 40 por 100 de las contestaciones emitidas no se ajustan a la realidad, y

- 3.º) No son homogéneos. Aunque las estructuras pueden compararse, los objetivos, ámbito de prestación de los servicios y fecha a la que se toman, difieren, dando lugar a unas variaciones no cuantificadas debidamente.

No obstante, consideramos que las valoraciones que se obtengan pueden aceptarse, como un marco de referencia orientativo sobre los aspectos más problemáticos que pudieran

ser objeto de revisión en una política de mejorar el Hospital.

Los datos utilizados se presentan en el Anexo 3.

7.3.1. Evaluación comparativa del Hospital.

1) Índice de ocupación.

El Hospital presenta un índice de ocupación del 68,75 por 100, por debajo del considerado como óptimo, = 85 por 100, teniendo en cuenta los índices de rotación, de medios personales y costes que se contemplan después.

Una primera reflexión puede incidir sobre la utilización de sus recursos, y poner de relieve que un 16,25 por 100 de los medios disponibles del Centro no se utilizan y por tanto pueden constituir un despilfarro. Es lo que en términos de Empresa se conceptuaría como coste de subactividad, tan preocupante para las mismas.

Por otro lado, las desviaciones sobre el índice medio de ocupación son muy fuertes. El Departamento Materno-Infantil alcanza el 35 por 100, Otorrino el 39 por 100, Cirugía General el 54 por 100 y Dermatología el 29 por 100, vide anexo 2.2.

A nivel regional podría reflexionarse que o la oferta de Servicios es superior a la demanda o ésta no acude en los porcentajes aceptables. En el primer supuesto se reflejaría un problema de planificación y en el segundo supuesto, una falta de aceptación del Hospital, o una deficiente distribución de la demanda entre los Centros y servicios.

Entendemos que se puede pensar:

- El alto porcentaje de desempleo es un grave problema del Centro, con repercusiones en todas las áreas. Requiere el tratamiento adecuado para corregirlo, si la solución está en manos de sus responsables.

- Al menos en una primera valoración, un 16,25 por 100 de los recursos del Hospital no se utilizan. El Coste de la subactividad asciende a casi un millón de pesetas, estimado por día para 1983. Una sociedad de recursos escasos debería prestarle una atención preferente, desde el punto de vista de la racionalidad del empleo de los recursos públicos.

- Por ejemplo, la escasa ocupación origina un malestar entre el personal, palpable a las primeras horas de visita de un Centro.

2) Estancia media.

El valor del parámetro de la rúbrica alcanza la cifra de 15,42: Es decir, los enfermos ingresados pasan el Hospital 15,42 días, como estimación media, desde que entran hasta que son dados de alta.

No podemos ofrecer un valor standard que permita compararlo. Según el mapa sanitario de una comunidad próxima, la duración media alcanza 11 días en la misma, para 1981.

De los centros analizados, el de Pamplona, con 15,42 días, ocupa el segundo lugar, en cuanto a duración de la estancia. Podría considerarse, por tanto, que los ingresados ocupan las camas más días que la media, ¿pero qué significa esta situación?

Como se verá al examinar los servicios del Hospital, el ratio que comentamos presenta unas grandes desviaciones, desde Geriátría, que se aproxima a las cifras de un centro «asilar», con ≈ 100 días de estancia media, a Ginecología con ≈ 4 días. Aparte de estos «saltos», se podría opinar que los ingresados reciben un trato más prolongado en el Hospital y que una reducción del ratio en un 25 por 100 podría permitir la atención de una mayor demanda, o reducir las cifras de estancia, **infladas** en ese porcentaje estimativo, sin repercutir en la calidad de la asistencia sanitaria propia del Hospital.

El posible alargamiento de la estancia media, al menos comparativo, no se presenta con carácter grave por la ocupación habida y la estructura fija del Hospital, pero incide sobre la rotación y costos por paciente.

3) Rotación enfermo/cama.

- El índice es de 16,27, significa que cada cama del Hospital es utilizada por, aproximadamente, 16 pacientes en un año. Puede admitirse que este coeficiente mide de alguna forma, la eficiencia del centro.

Como en la rotación influye la ocupación y estancia medias, el resultado es una rotación muy baja. A efectos comparativos podría manejarse una rotación standard superior a 25, que refuerza la idea expuesta de una no adecuada utilización de los recursos humanos y materiales del Hospital.

No se pueden comparar sin más el capital de una Empresa con el de un Hospital por el diferente objeto, entre otras razones, no obstante, es evidente que un capital estancado, poco móvil, produce una rentabilidad, en este caso social, menor.

El índice de altas por cama alcanza 0,065, un valor bajo e inferior a la media estimada,

poniendo de relieve que el Centro no responde a los criterios asistenciales que se le atribuyen.

— Se observa una política en los últimos años de reducción de las camas:

1) Estimamos que no responde a un estudio previo de cuál es el número óptimo a plazo medio, de 3 a 10 años.

2) Incide positivamente sobre los coeficientes estudiados, y

3) No se traduce en una reducción proporcional de los costes, por la estructura del Centro.

4) Medios humanos.

— El coeficiente que se maneja corresponde al de personal/cama ocupada, entendiéndose que la cama ocupada muestra mejor la eficiencia que las camas disponibles.

El personal por cama en el Hospital de Navarra es de 3,1 es decir, que por cada cama ocupada trabajan algo más de 3 funcionarios, incluidos internos y personal de limpieza.

El índice por cama disponible es de 2,14, recordemos que la Diputación Foral estableció el tope de 2,1 en 1980. Si este último valor de 2,14 no es llamativo dentro del conjunto de los Hospitales, el de 3,10 por cama ocupada es preocupante y pone de manifiesto lo que se ha expuesto: Muchos esfuerzos de personal se pierden, sin un producto social compensativo, a nuestro juicio.

Hay que matizar que la estructura física y distribución de los servicios influyen y pueden reclamar un mayor número de personas por la dispersión, vg. de consultas y necesidades de transporte y comunicaciones, circunstancias acentuadas en el Hospital de Navarra.

— Otro aspecto a tener en cuenta se refiere al carácter estructural de los problemas relacionados con el personal, por la poca flexibilidad existente en sus áreas, a corto plazo. La política de formación y reciclaje se presenta como necesaria.

Veamos la composición y gasto:

- Médicos/cama ocupada	0,40	= 1,77
- A.T.S. y D.E./cama ocupada ...	0,91	
- Auxiliar clínica/cama ocupada.	0,86	
- Personal no sanitario	0,93	
	Total	3,10
- A.T.S. y D.E./Aux. sanitarios.	1,06	

De los componentes puede apreciarse el importante volumen del personal sanitario no médico, y también, desde un punto de vista comparativo, del personal no sanitario. (Habría que ver cómo se define este personal en otros centros y la existencia o no de subcontrataciones que no figuren dentro de la plantilla.)

- % Gastos personal/total gastos. 67,54.

La relación personal/total de gastos ofrece unos niveles no altos en relación con otros hospitales. Ha de ponderarse que el coste de la Seguridad Social no se incluye en los gastos de personal, por el carácter de funcionarios provinciales, de lo contrario podría estimarse que alcanzaría valores próximos al 73 por 100.

De todo lo expuesto hasta ahora podría obtenerse el diagnóstico siguiente, «servatis servandis»:

El Hospital presenta un cuadro problemático de índices estructurales de gestión y eficiencia. Parece que ha respondido más a unos criterios tradicionales de funcionamiento de los centros públicos que a unos criterios de productividad y rentabilidad económico-social, sin pretender imputar los resultados a la responsabilidad del Centro, entre otras razones, porque una de las fuentes de los problemas ha radicado en la escasa ocupación y en este punto el margen de maniobra del Hospital ha sido reducido.

7.3.2. Personal y Estructura de las Plantillas.

Se estudia en el presente apartado los temas de personal en relación a las Plantillas, teniendo en cuenta lo indicado sobre el tema en los puntos anteriores.

Los cuadros y datos estadísticos figuran en los anexos números 1, 2, 3. Los aspectos legales y presupuestarios se han desarrollado en el apartado 6.6.1.

1) ABSENTISMO

Según los datos aportados por la Dirección de Personal, uno de los aspectos más negativos se refieren al absentismo que alcanza un valor del 8,48 por 100 para el año 1983, por encima de los valores tomados como aceptables, inferiores al 5 por 100.

Habría de considerarse, además, el absentismo no registrado, como salidas del lugar de trabajo sin autorización, no incluido en el primer porcentaje indicado, a nuestro juicio.

Por el volumen de días perdidos destacan los Departamentos de Enfermeras, Auxiliares Sanitarias y Hostelería, con unos niveles de absentismo muy altos: 8,60, 9,64 y 8,84 por 100 respectivamente.

Las bajas por maternidad van incluidas como una de las causas. Pueden explicar = el 20 por 100 de las ausencias, ahora interesa señalar que uno de los factores a tener en cuenta obedece a la desmotivación de los trabajadores con las siguientes circunstancias:

- La política de promoción debería ser real, no ficticia, y el personal experimentar que hay posibilidades de ello. Ya se ha indicado que la promoción interna no ha sido importante, vide 7.2.5. Los recursos destinados a la formación y reciclaje, 4,56 millones de pesetas, no han sido lo suficientemente cuantiosos y repartidos en los diferentes niveles. Se observa en los dos últimos años un interés en reconvertir diversas plazas.

- La escasa ocupación repercute sobre el personal; la inadecuada distribución de las cargas de trabajo, cuando es visible, sin una remuneración comparativa; la falta de cuadros de mando ya comentada...

- La no solución de los casos de inadaptación física o psíquica al puesto de trabajo, tema importante entre los enfermeros y personal administrativo.

- La carencia de un sistema de control, inspección y seguimiento de la dedicación de todo el personal. En este sentido, el Centro ha contratado para 1984 a un médico de Empresa que siga las bajas del personal. Deberían completarse con otros mecanismos de control.

La reducción del absentismo debería considerarse como uno de los objetivos de la Dirección respectiva para los próximos años.

2) REMUNERACION

La media retributiva para todo el personal del Hospital ha sido de 1.268.000 pesetas. Por estamentos, el más alto es de los Facultativos con 2.607.000 pesetas y el más bajo, los Sirvientes con 920.000 pesetas de media. Las retribuciones de los Facultativos oscilan para 1983 entre 1.560.000 pesetas y 4.250.000 pesetas, y en los Directivos entre 5.400.000 pesetas y 1.900.000 pesetas.

Los A.T.S. y Diplomados se encuentran por debajo del índice general, con 1.219.000 pesetas.

Los médicos que representan un 12,97 por 100 del personal, absorben el 26,1 por 100 del presupuesto; los A.T.S. el 29,3 por 100 del personal y el 27,6 por 100 del presupuesto, y las auxiliares sanitarias el 27,4 por 100 y el 21,6 por 100, y el personal no sanitario el 30,1 por 100 y 24 por 100 respectivamente. El coste del personal no es comparativo por la circunstancia expuesta de que no se incluye el coste de la Seguridad Social en el personal de Pamplona. No obstante, aun valorando el posible impacto de la Seguridad Social, el **coste medio general no es superior** al de los Hospitales analizados. No podemos opinar sobre los costes por estamentos, porque no tenemos datos de los otros centros.

3) PLANTILLAS

Estimamos a continuación la composición del personal:

Personal Directivo: Por la situación de no cobertura de las plazas respectivas, el % sobre el total del personal de 0,25 % es muy bajo. Un centro sin dirección no puede tener una gestión adecuada.

Opinamos que se debe dotar al Hospital de una dirección profesionalizada con el apoyo adecuado. Los directores tendrán muchos problemas si no se les refuerza con una infraestructura directiva que les facilite el tratamiento diferenciado de todos los problemas y documentación y, a su vez, minimice los perjuicios de las ausencias de los titulares. El coste encubierto de una dirección con ausencia de semanas del titular es elevadísimo, en nuestra opinión.

Por otro lado, las tareas de dirección son tan excluyentes, que consideramos debería abandonarse el nombramiento de directivos a tiempo compartido con otras funciones.

Parecidas valoraciones pueden extrapolarse a los cuadros intermedios.

Personal Facultativo: Representan el 12,9 por 100 de la plantilla. Porcentaje que no significa, a nuestro juicio, una situación muy privilegiada respecto a otros centros.

El Auditor ha pretendido aportar un estudio de la plantilla médica, considerando el desfase existente entre el organigrama teórico y el real y el ajuste de la plantilla a las cargas de trabajo reales.

Del estudio hubiera podido extraerse una primera valoración acerca de la suficiencia de Facultativos y oportuna distribución, con-

forme a la actividad desarrollada. No ha sido posible disponer del mismo. Estimamos que análisis como el propuesto constituyen un primer paso imprescindible para evaluar la actividad médica.

En relación con la plantilla pasamos a exponer algunas consideraciones obtenidas, comparando el Hospital con organizaciones más adelantadas:

Porcentajes sobre actividad y medios

- **En cuanto a Consultas:** Cardiología, Neurocirugía, Oftalmología, Pediatría, Urología, Neumología y Radioterapia ofrecen unos niveles muy aceptables. Las Cirugías, Medicina Interna, Dermatología y Ginecología, unos porcentajes inferiores. Destaca Estomatología negativamente: interesa señalar los problemas habidos para la no dotación de las plazas y el retraso en montar los equipos adecuados, por la razón, a nuestro juicio, de que es un servicio que incrementaría los costes, sin la oportuna autofinanciación. Estimamos que si es un servicio necesario desde el punto de vista de la salud, ha de potenciarse a los niveles satisfactorios.

Respecto de la centralización necesaria de las Consultas en un lugar idóneo, ha de indicarse que está pendiente de la reordenación definitiva.

- **En cuanto al número de camas por especialidades,** los aspectos más sobresalientes serían: Neurocirugía dispone de una dotación muy superior, apreciándose el carácter regional del mismo. Sobresalen Neumología y, sobre todo, Geriátrica, cuya dotación de 107 camas y estancias medias superiores a los 100 días dan un carácter peculiar al Hospital, distorsionando todas las medias.

- Con unos porcentajes inferiores se presentan la Cirugía Maxilofacial y Plástica y Medicina Interna.

- Respecto de Psiquiatría Infantil el Departamento está sin cubrir. Los titulares fueron considerados y las instalaciones preparadas, pero no ha llegado a ponerse en marcha.

Obstetricia y Ginecología presentan una situación especial, que podrá verse en el apartado siguiente al examinar el personal de Enfermería.

- La limitación del tiempo disponible ha impedido estudiar los Servicios, uno por uno. No obstante, por la simple visita «in situ», pueden apreciarse, a nuestro juicio, las de-

ficiencias de equipamiento de Rehabilitación y las precarias condiciones de atención del Servicio de Rayos, donde se mezclan en la espera los enfermos ingresados en camilla con los del ambulatorio. También hubiera sido deseable analizar si alguno de los servicios centrales constituye un cuello de botella para el normal desenvolvimiento del Centro. Asimismo, la distribución de los aseos entre las habitaciones de Cirugía General, dificulta una correcta utilización de las camas. Véase el apartado 7.6 sobre remodelación, con relación a los servicios de Laboratorio y Farmacia.

Personal de Enfermería:

— El desarrollo del organigrama y de normas de funcionamiento ha sido deficiente sobre todo en este Departamento:

- La Jefatura de Enfermería no ha sido cubierta. Está prevista para el tercer trimestre de 1984 la designación.

- No hay normas de funcionamiento y reglamento interno. No está consolidada la estructura de supervisoras, cuyas funciones, responsabilidad, remuneración y personal no

han sido determinadas. Está pendiente de resolverse la convocatoria de supervisoras. Véase la convocatoria de 7 supervisoras generales, por acuerdo del 4 de junio de 1982 de la Comisión Permanente, sin que se hubieran definido las necesidades, los puestos, las responsabilidades y la remuneración. De las 7 quedan 3.

- El absentismo es preocupante en este sector, con los agravantes de la necesidad de «rotar» de las enfermeras para cubrir las ausencias y la dispersión de los servicios, sobre todo consultas.

- Existe el problema de la integración de los enfermeros, todo hombres.

- La información y coordinación del Departamento con Gerencia no ha sido suficiente.

— A petición del auditor, y conforme a las directrices del mismo, Enfermería ha presentado un estudio de la Plantilla, anexo 1.2, del que se extraen las siguientes consideraciones. Han de tomarse con la debida reserva, porque corresponden a un análisis teórico y previo, pero el único disponible con los datos actuales:

Personal teórico necesario	Núm.	Personal actual	Núm.
Personal de enfermería teórico , conforme a la actividad desarrollada en 1983	322	Personal actual	383
Personal necesario para cubrir vacaciones y absentismo	103	Personal de sustituciones	45
		Contratados (10 a 6 meses)	5
TOTAL	425	TOTAL	433

Como puede apreciarse, el personal se encuentra muy ajustado, salvo que se reduzca el absentismo, si se aceptan los coeficientes teóricos de ocupación, que habrían de contrastarse con las cargas reales de trabajo. Por otro lado, trabajan los domingos sin una compensación.

— Si en conjunto no existen desviaciones, en la distribución por **servicios** aparecen ya desajustes notables; ha de considerarse que los mismos no pueden corregirse automáticamente por la inelasticidad del personal, ahora bien, interesa conocerlos y ver la evolución para adoptar las medidas oportunas. Las desviaciones más importantes se refieren a:

Servicio	Personal enfermería teórico conforme a la actividad desarrollada en 1983 + sustituciones	Personal actual	Diferencias personal actual-teórico necesario
Neurocirugía C. Intensivos	12 + 3	20 + 2	7
Trauma	24 + 6	20 + 3	— (7)

Servicio	Personal enfermería teórico conforme a la actividad desarrollada en 1983 + sustituciones	Personal actual	Diferencias personal actual-teórico necesario
Ginecología	7 + 2	18 + 2	11
			= 36
Pediatría	13 + 3	38 + 3	25
Cardiología			
+ Hospitalización ...	8 + 2	15 + 2	7
+ Intensiva	5 + 1	15 + 1	10
Geriatría	56 + 15	39 + 5	— (27)
Intensivos G.	7 + 2	21 + 2	14

Se observa un desequilibrio en Ginecología y Pediatría con un superávit teórico de 36 enfermeras, y en Geriatría con un déficit de 27. Se refuerza la opinión de que este servicio no funciona con criterios hospitalarios, sino más bien como una Residencia para un porcentaje (50 por 100) de los ingresados.

En Pediatría y Ginecología habría el personal mínimo para mantener los servicios abiertos, con la estructura actual.

Las unidades de intensivos reflejan el reforzamiento de personal en las mismas. El

Hospital tiene el mínimo para cubrir el turno rotatorio, según justifican.

— En Consultas:

Plantilla teórica	Plantilla actual	Diferencias (Actual-teórica)
49	60	11

Los superávits (+) se localizan en:

SERVICIO	Personal enfermería teórico conforme a la actividad desarrollada en 1983 + sustituciones	Personal actual	Diferencias Personal actual - teórico necesario
Oftalmología	6	12	6
Obst. y Ginec. ...	3	6	3
Pediatría	3	6	3
Neurología	2	5	3
Geriatría	2	—	— (2)
Rehabilitación ...	1	—	— (1)
Estomatología ...	1	—	— (1)

Oftalmología: Parece existir un desequilibrio de plantilla con relación a las horas de trabajo real.

Se pasa consulta dos días a la semana y esos mismos días funciona el quirófano. Es el único servicio con listas de espera importantes, en nuestra opinión. En los primeros días del año se reparten las horas de visita para rehabilitación ocular, hasta que se cubre todo el calendario.

Habría demanda como para 2 ó 3 años, que lógicamente espera para el año próximo o se dirige a otra parte.

Entendemos que podría potenciarse la organización y dedicación del personal en orden a reducir los desajustes señalados e incrementar la ocupación.

Obstetricia y Ginecología: Las Consultas funcionan 3 días a la semana.

Presenta el mismo superávit de personal que en Pediatría.

Estomatología: La consulta ha desaparecido.

Conviene señalar:

- La dispersión de las Consultas por todo el Hospital repercute negativamente sobre la distribución y eficaz empleo de las enfermeras, aparte de los problemas originados a los usuarios que se «pierden» en el Hospital.

Por otro lado, consideramos que no ha operado una coordinación general de las consul-

tas en busca de un mejor aprovechamiento de los locales y del personal. Cada Servicio trabaja según la organización interna propia.

Entendemos que la reordenación prevé una centralización de las consultas, con un mayor rendimiento del personal.

- En situaciones de agobio, podría utilizarse el personal sobrante en Consultas para atender necesidades de Hospitalización, con una adecuada programación.

— **Quirófanos:**

Respecto de las A.T.S.:

SERVICIO	Personal enfermería teórico conforme a la actividad desarrollada en 1983	Personal actual	Diferencias Personal actual - teórico necesario
Bloque central ...	12 + 2	14 + 2	2
Bloque urgencia ...	5	11	6
Bloque materno Infantil	2	6	4
Exploraciones	12	13	

En cuanto a Auxiliares y Matronas:

SERVICIO	Plantilla teórica	Plantilla actual	Diferencias	Matronas	
				Plantilla teórica	Plantilla actual
Bloque central	5	10	5		
Bloque urgencias	5	11	6		
Bloque materno infantil	1	7	6	1	7
Exploraciones hospitalarias	— (1)	5	5		
Exploraciones mat. infantil	— (1)	5	5		

(1) El trabajo de las auxiliares no queda registrado.

En general se observa un sobredimensionamiento con respecto al trabajo real desarrollado en 1983, que puede traducirse en personal con unas cargas de trabajo inferiores a lo estimado como normal, consecuencia de la actividad de 1983. Las desviaciones más relevantes se producen con el personal auxiliar y matronas.

La estructura del Bloque Materno-Infantil se encuentra desajustada con la actividad registrada en 1983. Los medios personales y materiales responden a unas previsiones de

trabajo superiores a las actuales, 420 partos y 315 intervenciones. Pueden considerarse necesarios para la atención durante las 24 horas, con la estructura actual.

Los costes de la subactividad indicados en el punto 9.3.1.1 aparecen dibujados en el análisis expuesto, con apunte de las áreas que precisan de una revisión, a nuestro juicio.

Personal de Enfermeros:

- Constituye una unidad, cuya integración

en el Departamento de Enfermería no se ha llevado a efecto plenamente.

- La Comisión Permanente señala las funciones del puesto el 22 de diciembre de 1982 y 25 de abril de 1984. Están destinados por todo el Hospital con muy diversas actividades. Así, hay 4 en lavanderías y 8 en quirófanos.

- El Jefe tiene nombramiento provisional, sin remuneración alguna por el cargo.

- La inadecuación física del personal es un problema relevante, con porcentajes altos de absentismo debidos a bajas e invalidez provisional.

- Los 77 enfermeros cubrieron las necesidades de transporte interno derivadas de la arquitectura y distribución espacial del Centro.

Personal no sanitario:

- Interesa destacar que los trabajadores administrativos representan un 5 por 100 de toda la plantilla del Hospital, por debajo del standard admitido.

Los problemas y mejoras administrativos propuestos en los capítulos anteriores precisan de los medios adecuados y la Administración necesita reforzarse hasta cubrir, al menos, el porcentaje medio de los otros hospitales analizados.

7.3.3. Financiación y costes.

Los temas de la rúbrica constituyen un componente imprescindible en el análisis de

un Centro. Las limitaciones apuntadas para el estudio anterior se acentúan al examinar la Financiación y Costes, porque los datos a manejar deberían haberse obtenido de una Contabilidad General y Contabilidad de Costes, instrumentos de los que ha carecido el Hospital. El mismo se encuentra a distancia de obtener costes contables reales de los procesos, objetivo a conseguir en varios años.

No obstante, la Administración se ha preocupado de seguir cómo van los costes y realiza unas valoraciones con datos extracontables y criterios de medida. Se obtienen unas cifras que contribuyen a tener una visión aproximada de la marcha del Centro en cuanto a Financiación y Costes. A partir de estos datos, derivamos nuestras consideraciones.

Las Contabilidades mencionadas, junto a una Estadística importante, deberían incorporarse a medio plazo, para poder hablar con precisión sobre los aspectos económico-financieros y establecer el diagnóstico oportuno, factor clave de la política de cualquier organismo que pretenda justificar los resultados de su actividad. Ha de considerarse que la implantación de los sistemas contables requieren unos medios y organización, que, por lo tanto, han de aportarse, para que puedan cumplirse los objetivos que les son propios.

Teniendo en cuenta lo expuesto, continuamos con el análisis:

7.3.3.1. Costes totales.

— Los gastos del Ejercicio de 1983 se presentan de la siguiente forma:

CONCEPTO	Miles de ptas.	Ajustes estimados
Gastos de Personal	1.823.576	
Gastos funcionamiento	811.254	± 99.227 (1)
Amortizaciones	120.000	(2)
Apoyos a otros centros	45.000	
TOTAL GASTOS	2.799.830	

(1) La Ley Foral del 10-V-83 aprueba una partida de 99,2 millones de pesetas para pago de los déficits acumulados. Procedería que fuera descontada de los gastos pagados con esa cantidad y contabilizados en 1983. Ahora bien, en el capítulo 6.º se ha observado que el incumplimiento de las normas sobre Resultas ha sido una constante y que los déficits de presupuestación se han repetido, véase Farmacia 7.3.3.4, cuya línea contable V-34610 se agota con los pagos registrados para el 21-XII-83. Opinamos habrá necesidad de recurrir a suplementos de crédito.

Hasta tanto se cuantifiquen y periodifiquen todos los pagos imputados al 83 procedentes de ejercicios anteriores y aquellos, que, correspondiendo cargar al 83, se apliquen a otros ejercicios, consideramos no procede el ajuste en su conjunto.

(2) Vienen a representar las amortizaciones un 5,5 % del Inventario según las Cuentas Generales.

— El capítulo 3.º económico por su escasa cuantía, 182.000 pesetas, e inadecuada contabilización no se incluye.

— Dado que las herramientas contables adecuadas no han funcionado, los Costes se calculan con relación a la estancia y según unos criterios establecidos por la Seguridad Social, principal usuario del Hospital, ≈ 55 por 100 de la facturación. La fórmula propuesta es:

$$\text{Coste estancia (C. E.)} = \frac{\text{Gastos totales}}{\text{Número estancias} + \frac{1}{2} \text{ Número Consultas} + \frac{1}{4} \text{ Número consultas sucesivas} + \frac{1}{2} \text{ Urgencias.}}$$

Número estancias + 1/2 Número Consultas + 1/4 Número consultas sucesivas + 1/2 Urgencias.

Quiere decirse que las unidades de medida de los resultados son las estancias. Las consultas y urgencias tienen su equivalente cuantificado con fracciones.

La estadística señala para el Hospital en 1983:

ACTIVIDAD	Número de estancias ponderadas
Estancias	167.134
Primeras consultas —18.869— 1/2 18.869 = 9.434	9.434

	Miles de Pesetas
Personal	1.823.576
Gastos Inmuebles	137.325
Reparación Inversiones	50.588
Amortización	120.000
Apoyos	45.000
Total	2.176.489

ACTIVIDAD	Número de estancias ponderadas
Consultas sucesivas —70.387— 1/4 70.387 = 17.597	17.597
Urgencias —22.927— 1/2 22.927 = 11.464	11.464
TOTAL	205.629

El coste de cada estancia ponderada ascendería a 13.615 pesetas:

$$\frac{2.799.830 \text{ miles de ptas.}}{205.629 \text{ Estancias}} = 13.615 \text{ pesetas.}$$

— Si introducimos el concepto de subactividad apuntado en el apartado 7.3.11., podríamos distinguir el coste atribuido a que el Hospital actuó por debajo de su capacidad, y cuyo efecto cabría cargarse como una pérdida del período. Se puede opinar que no debería imputarse, en principio, a un cliente que contratara a priori y no fuera responsable de la desviación.

Valoramos el coste de subactividad en 353,68 millones de pesetas, el 16,15 por 100 de los gastos estimados estructurales:

16,25 por 100 s/2.176.489 = 353.679

Si descontamos y separamos el coste de subactividad, el coste de la Estancia quedaría en 11.893 pesetas.

	Miles de Pesetas	Coste Estancia:
Gasto total	2.799.830	2.446.151
Coste subactividad	353.679	<u> </u> = 11.895
Gasto actividad Ejercicio	2.446.151	205.629

— El método examinado del cálculo de costes no guarda relación con la realidad, porque las actuaciones hospitalarias tarifadas son muy numerosas y heterogéneas, véase B. O. N., 9 de abril de 1984. La reducción a estancias teóricas carece de base, a nuestro juicio.

Haría falta conocer el coste **real** de cada proceso y actividad especial del Centro, para tratar de ajustar las tarifas y convenios a los costes producidos, conforme a la voluntad manifestada por la Diputación Foral en este sentido.

— No obstante, tiene la virtud de que es el procedimiento propuesto por la Seguridad Social. Cabría esperar que la misma aceptara sus resultados, previas las inspecciones oportunas. Sin embargo, las relaciones Hospital-Seguridad Social se regulan conforme a la Orden del 25 de mayo de 1983 que establece la cantidad de 8.428 pesetas, nivel VII-1, para la estancia de hospitalización, ignorándose los cálculos anteriores.

Pasamos a examinar el tema de las diferencias entre ingresos y gastos.

7.3.3.2. Financiación.

— Se han valorado antes los costes de las unidades de medida:

	Pesetas
C. E. actividad ejercicio	11.895

Vemos las diferentes partes que integran el mismo, a continuación:

1) Diferencias Explotación.

CONCEPTO	Miles de ptas.	Ajustes	Total miles/ptas.
Facturación	+ 1.526.956	Resultas + 126.702 Atrasos — (149.780) Fundamentalmente revisión de tarifas del año 82	+ 1.503.878 (1)
Caja	+ 35.109		+ 35.109
Gastos	— 2.799.830		— (2.799.830)
		Saldo negativo	— (1.260.843)

(1) No se incluye el importe que pudiera obtenerse como consecuencia de posibles revisiones de Tarifas con efectos retroactivos, tal como ocurrió en 1983 con respecto a los ejercicios anteriores. Podrían suponer una cantidad importante de incremento para el periodo estudiado.

2) Reparto del déficit entre los usuarios.

Interesa poner de relieve las siguientes consideraciones acerca de las razones de cómo se generaría el déficit en nuestra opinión:

	Pesetas
C. E. subactividad	1.720
Total estancia	13.615

— Resultados del Ejercicio: Prescindimos del enfoque presupuestario con datos de las Cuentas Generales, que no sirve para valorar el ejercicio, según criterios económicos, ya que respecto de los ingresos ha regido el principio de «cobros», corregido con una fracción de los derechos a cobrar, y en cuanto a los gastos las deficiencias de la contabilidad presupuestaria no permiten su cuantificación fiable.

— Aportamos la siguiente valoración estimativa del ejercicio económico en una diferencia de 1.544 millones de pesetas, según datos extracontables:

Conceptos	Miles de Pesetas
Déficit sobre Facturación	907.174
Coste subactividad	353.669
Suma	1.260.843
Déficit por no cobrarse	283.362
Total	1.544.205

1) Un componente se refiere al coste de subactividad. Lo hemos cifrado en 353.679.000 pesetas.

2) El INSALUD ocasiona 89.819 estan-

cias, datos de admisión, que al precio del coste calculado de 11.896 pesetas, generarían 1.068 millones de pesetas. Facturadas al precio establecido de 8.428 pesetas, aportarían 757 millones de pesetas, creando un déficit al Hospital de 311,22 millones de pesetas, por el concepto de ingresados.

Respecto de Facturación la diferencia alcanzaría 391,17 millones de pesetas (La facturación corregida asciende a 677 millones de pesetas, 700 millones según Facturación, — 149,78 millones de atrasos + 126,702 millones de Resultas 83).

Hay que considerar 57 millones de pesetas pendientes de 1983, de los que 50 millones de pesetas obedecen a las «tarifas especiales» que la Seguridad Social no abona desde mayo de 1983.

3) Por el concepto de «Apoyos a otros Centros de Diputación», que abarca el «Uso Especial y Normal de funcionarios», se facturaron 230,14 millones de pesetas por ingresados, que corresponderían a 23.144 estancias, estimadas, no disponemos de datos.

El ingreso teórico (23.144 estancias por 11.895 pesetas), ascendería a 275 millones de pesetas.

Se han cobrado, formalmente, 160 millones de pesetas, según acuerdo de la Comisión Delegada del 31 de enero de 1984, más 5,7 millones de pesetas por Uso Normal: el déficit calculado generado por los «Apoyos a otros Centros de la Diputación, a ingresados», alcanzaría a 110 millones de pesetas.

La diferencia entre facturado e ingresos teóricos asciende a 45 millones de pesetas.

4) Por «Accidentes de Trabajo y Tráfico», «Particulares», «Beneficencia» y «Otras Enti-

dades» se han facturado 260 millones que corresponderían a 54.121 estancias teóricas, no tenemos datos exactos.

El ingreso estimado (54.121 estancias por 11.895 pesetas) supondría 644 millones de pesetas, luego el déficit se cifraría en 384 millones de pesetas. De esta cantidad, 82 millones pertenecerían a la Beneficencia de personas calificadas como B-1, y 24,50 millones de pesetas a la Beneficencia Municipal, que no se cobran.

5) Por el concepto de «Ambulatorio» se han girado 371 millones de pesetas (336 millones de facturación + 35 millones imputados de Caja).

Teóricamente, según la fórmula, tendrían que haberse ingresado 458 millones de pesetas (38.545 estancias por 11.895 pesetas), produciéndose, por tanto, un déficit de 87 millones de pesetas que se repartirían como sigue:

Tipo de usuario	Déficit Ambulatorio Estimado Miles de Pesetas
S. O. E.	36.362
Beneficencia Municipal	214
Particulares, Entidades, Acctes.	13.219
Apoyos a Diputación	37.210
Total	87.000

— La imputación del déficit entre los usuarios es resumida en el siguiente cuadro:

Tipo de usuario	Pérdidas:		Déficit por no cobrarse Miles de ptas.	Total déficit gastos actividad-Cobros Miles de pesetas
	Costes-Facturación Ingresados	Ambulator.		
S.O.E.	391.444	36.362 (1)		427.872
Funcionarios	45.000	37.210	205.633	287.843
Beneficencia (B1)	26.000		56.000	82.000
Beneficencia municipal	12.560	214	21.729	34.503
Partic., Entidades, Accidentes ...	345.170	13.214		358.384
TOTAL	820.174	87.000	283.362	1.190.602

(1) Este déficit se encuentra, a nuestro juicio, infravalorado porque el volante permite visitas durante un mes, no una solamente.

Con lo expuesto, y teniendo en cuenta las limitaciones sobre la bondad de los datos, al no disponer de una información contable y estadísticas precisas, opinamos que se puede obtener una valoración de cómo se conforma el déficit del Hospital. Conviene señalar:

1) Entendemos que la diferencia por el «Coste de la subactividad» no correspondería imputar al Centro, desde la situación actual de la demanda. A medio plazo interesaría se produjera una acomodación de la oferta y demanda para evitar este coste, que en cierta medida podría interpretarse como un despilfarro de recursos públicos.

2) El déficit que genera INSALUD podría solucionarse con una política de precios convenida idónea. Si el Hospital cumple con las condiciones técnico-sanitarias, habría de plantearse el por qué de las diferencias entre tarifas y costes reales. Podría apuntarse cuánto cuestan los servicios prestados por el Hospital en otro centro similar de la Seguridad Social. De lo contrario, el Hospital se enfrenta

ría ante una demanda que impone unas condiciones inferiores al coste real, a costa del Centro. Estimamos que tampoco debería cargarse el saldo negativo a la gestión del Centro.

3) Respecto del otro apartado, «Particulares, Entidades y Beneficencia», el déficit respondería a una política de precios de la propia Diputación.

4) En cuanto a los «Apoyos a otros Centros de la Diputación Foral», la diferencia viene determinada por la misma beneficiaria en pro de la financiación de la asistencia sanitaria de los funcionarios.

7.3.3.3. Costes y diferencias Ingresos-Gastos de los Servicios.

A continuación examinamos los Servicios desde un punto de vista económico-financiero.

El cuadro siguiente recoge una serie de parámetros de incidencia económica con relación a los Servicios.

COSTES Y DEFICITS DE LOS SERVICIOS Y POR ESTANCIAS — 1983

SERVICIO	1. (Ptas.) Coste gastos directos por estancia teórica	2. (Ptas.) Costes indirectos por estancia teórica	3. Coste total por estancia (incluido prorrateo Ser. Centr.)	4. (Ptas.) Déficit por estancia teórica (1)	5. Déficit por servicios (miles ptas.)
Geriatría	2.991	1.567	5.850	— 2.769	100.980
Neumología	4.834	2.523	8.649	— 1.035	22.731
Neurología	8.398	4.383	14.073	— 5.989	39.521
Dermatología	4.759	2.484	8.535	— 2.971	12.059
Cardiología	13.470	7.030	21.792	— 13.144	90.326
Nefrología	37.701	16.676	55.668	— 19.745	23.476
U.C.I.	53.268	27.800	82.360	— 67.482	93.193
Medicina Interna	6.323	3.300	10.915	— 3.229	40.666
Aparato digestivo	4.580	2.390	8.262	— 566	8.360
Traumatología	5.092	2.658	9.042	— 1.205	16.628
Cirugía General	7.446	3.886	17.323	— 9.041	83.647
Urología	8.221	4.290	18.991	— 10.644	71.602
Oftalmología	7.128	3.719	16.637	— 10.317	71.930
O.R.L.	9.254	4.829	21.215	— 15.307	56.788
Cardiocrugía	6.420	3.350	15.113	6.398	74.364
Neurocirugía	7.171	3.742	16.730	— 8.193	88.624
Estomatología	3.490	1.819	6.601	— 4.380	2.037
Quirófano y Anestesia	—	—	—	—	—

(1) Vide Anexo 4.

SERVICIO	1. (Ptas.) Coste gastos directos por estancia teórica	2. (Ptas.) Costes indirectos por estancia teórica	3. Coste total por estancia (incluido prorratio Ser. Centr.)	4. (Ptas.) Déficit por estancia teórica (1)	5. Déficit por servicios (miles ptas.)
Ginecología y Urgencia	13.869	7.238	22.399	— 11.726	83.829
Pediatría y Urgencia	9.737	5.052	16.081	— 8.771	101.191
Urgencias	8.957	4.675	14.924	— 11.491	125.068
Radioterapia	10.479	5.469	17.240	— 9.639	39.337
Radiodiagnóstico	—	—	—	—	—
Scanner	—	—	—	—	—
Rehabilitación	(2) 52.154	27.217	80.663	— 35.390	15.147
Laborat. y Hemat. y Hemo. ...	(3) 75.527	39.417	—	—	—
Medicina Nuclear	—	—	—	—	—
Medicina e higiene	—	—	—	—	9.516
MEDIA HOSPITAL	8.962	4.678	13.600	— 6.204	1.273.526 (4)

(2) Debe entenderse mejor como coste relativo al proceso de rehabilitación.

(3) Dato teórico no indicativo por carencia de datos.

(4) Cantidad no ajustada, al no disponer de los datos precisos por Servicios.

Conviene indicar:

— Los **centros de actividad** hospitalaria tanto para gastos como ingresos no están definidos. Los gastos por Servicios no se han registrado contablemente y los criterios de reparto, materia delicada, no han sido convenidos conforme a datos y estadística de referencia. Limitaciones que obligan a valorar los resultados desde un prisma orientativo a la hora de tratar de examinar la gestión interna y desviaciones del Centro. Todo el análisis del capítulo ha respondido a este enfoque.

— El coste **directo** medio de los servicios por estancia teórica asciende a ≈ 9.000 pesetas. Se desvían notablemente Nefrología, 37.700 pesetas; las U. C. I., 53.000 pesetas, y Ginecología, 13.890 pesetas.

Geriatría, por el contrario, muestra un coste directo por estancia bajo, 3.000 pesetas.

De la comparación de los Costes Directos por estancia de los Servicios, podrían obtenerse consideraciones significativas, desde el punto de vista de la gestión, para una posible reordenación de los servicios y dimensión de las plantillas.

— El Coste total medio por Estancia Teórica y referido a los Servicios se cifra en 13.600 pesetas.

Cardiología (21.800 pesetas), Urología (19.000 pesetas), Nefrología (56.000 pesetas), U. C. I. (82.100 pesetas), O. R. L. (21.000 pesetas) y Ginecología (22.400 pesetas), ofrecen los mayores costos por estancia teórica.

— El Déficit medio originado por cada estancia teórica se valora en 6.200 pesetas (columna 4).

Cardiología (13.000 pesetas), Nefrología (19.700 pesetas), U. C. I. (67.482 pesetas), Urología (10.600 pesetas), Oftalmología (10.300 pesetas), O. R. L. (15.000 pesetas), Ginecología (11.700 pesetas) y Pediatría (8.700 pesetas), son los Servicios que han generado mayor déficit por estancia teórica.

Muestran:

- Un desequilibrio entre Ingresos y Costes. La política de precios debería incidir sobre estos servicios, para reducir las diferencias.

- Una relación con los índices bajos de ocupación de los servicios afectados. El desajuste entre la capacidad y el trabajo real inciden en la generación del déficit por estancia.

- La última columna muestra cómo se conforma el déficit, desde el punto de vista de la participación de los Servicios.

- Ginecología y Pediatría presentan un ba-

lance de resultados negativo, valorado en 185 millones de pesetas.

- Geriatría, a pesar de que el déficit por estancia teórica es bajo, alcanza un déficit total estimado en 101 millones de pesetas. Inciden el número de camas y elevadas estancias medias.

- Cardiología (90 millones de pesetas), Cirugía General (83 millones de pesetas), Neurocirugía (88 millones de pesetas), Urología (71 millones de pesetas), Oftalmología (72 millones de pesetas), Cardiocirugía (74 millones de pesetas), constituyen el bloque significativo del Hospital y de peso en el reparto del déficit.

- Aparato Digestivo apenas presenta déficit por estancia teórica y el déficit total no alcanza los 8,5 millones de pesetas.

- Respecto de los demás Servicios nos remitimos al cuadro.

7.3.3.4. Farmacia.

La prestación de productos farmacéuticos constituye una actividad importante del Hospital. Respecto a la misma exponemos las siguientes consideraciones:

1) Las desviaciones entre presupuesto y ejecución son muy importantes y de carácter positivo, entendiéndose que se gasta más de lo aprobado en Presupuestos.

La Ley Foral del 10 de mayo de 1983 aprobó una partida de 30,5 millones de pesetas para cubrir déficits de años anteriores. Opinamos que el problema se va a repetir en 1984 porque según datos de la Memoria:

Total Compras Farmacia 1983 (millones de pesetas)	Presupuesto ejecutado incluidos los 30,5 millones de pesetas Ley 10-5-83
182	130,5

Se observa una fuerte diferencia.

Las consecuencias son:

- El presupuesto no es real.
- Se infringe, a nuestro criterio, la normativa sobre Resultas y límite del gasto, desdibujando la información presupuestaria.

2) Costes:

	Pesetas
- Coste Directo/Estancia	1.228
- Productos Farmacia/Estancia.	1.056
- Gasto Personal/Estancia ...	166

3) Los gastos directos de Farmacia del Hospital-Maternidad, 204 millones de pesetas, representarían el 7,2 por 100 del presupuesto gastado en 1983 para todo el Hospital.

Los gastos de productos farmacéuticos van subiendo a un nivel superior, el doble, al del Presupuesto realizado del Hospital. Interesaría una vigilancia sobre la evolución de los gastos de Farmacia, aparte de los objetivos marcados por el propio servicio de:

- Mecanización del Servicio en el área de Facturación individualizada.
- Gestión de stocks.
- Extensión de la distribución en dosis unitarias, que en 1983 llegaba a 191 camas.

4) Se han conseguido los siguientes objetivos, véase Memoria 82-83:

- Nutrición Parenteral y Enteral.
- Unidad de mezclas.
- Centro Información y desarrollo dosis unitarias (191 camas).
- Guía terapéutica mecanizada.

Los logros conseguidos y objetivos propuestos manifiestan el proceso de mejora de la actividad farmacéutica, a nuestro juicio.

7.4. CONTROL DE CALIDAD

— La eficacia y eficiencia de la Gestión Hospitalaria van unidas a un atributo imprescindible de la asistencia médico-sanitaria: la calidad. Si la misma se cuida, los usuarios serán los primeros en captarlo y hablarán de que «es un buen Hospital». Si ocurre lo contrario, no tiene razón de ser el Centro, porque el producto es la salud y vida del usuario.

La calidad se fundamenta en realidades: preparación y dedicación del personal, estructura física adecuada, medios técnicos, normas de actuación y protocolos desarrollados, información integrada ágil, estadística, revisiones y evaluaciones... etc., y por lo tanto opinamos que se debe seguir, valorar y potenciar. Cuando se quiere justificar un presupuesto, suele argumentarse en función de la calidad, sin

más, pero la misma puede y debe concretarse, de modo que se vea cuál es el nivel y si avanza o retrocede: el argumento debe basarse con datos. Por otro lado, la detección y revisión de los errores y el estímulo de mejorar son necesarios para el desarrollo de cualquier centro.

— Se impone un sistema de control de la calidad hospitalaria, cuyos elementos básicos podrían establecerse en:

1) Existencia de una información ágil e integrada del conjunto del Hospital. El Archivo e Historia Clínica son piezas imprescindibles.

Si no se conoce lo que pasa, cuáles son los resultados en las diferentes áreas, difícilmente podría seguirse el camino idóneo sin graves errores.

Se presupone, por tanto, que se han fijado unos objetivos, unas normas y standares, con los que se compararán los resultados que se obtengan.

2) Estructura y organización que posibiliten sea efectivo el control de calidad.

- Debería servir el control como un instrumento importante de gestión para la Gerencia y las Direcciones. Por lo tanto, las Direcciones y Jefes habrían de participar y ser tenidos en cuenta en cada especialidad.

- La organización habría de orientarse en función de la consecución del objetivo calidad, vg., que la información circule con rapidez.

- La Gerencia y las Direcciones habrán de tomar con decisión las medidas que se deriven del conocimiento de errores y desviaciones para la corrección oportuna.

Hasta que la organización no esté preparada y mentalizada con las ideas de eficacia y eficiencia, no puede abordarse con seriedad el desarrollo del Control de Calidad, a nuestro juicio.

- Ha de pensarse en la importancia de la motivación del personal para que el sistema funcione.

3) Integración del usuario dentro del Control de Calidad.

Precisamente, una de las limitaciones de la presente auditoría se refiere a que no ha sido posible contrastar las opiniones de los beneficiarios de la asistencia sanitaria.

El Buzón o Servicio de Sugerencias y Reclamaciones es una práctica extendida en diversos centros de actividad social. Este me-

dio o encuestas periódicas ... etc., podrían proporcionar una información cualitativa importante sobre la marcha del centro.

— Con relación al tema, interesa señalar las siguientes consideraciones obtenidas del examen del Hospital:

1) El banco de datos no se ha desarrollado a los niveles necesarios, entre otras razones, porque:

— **Admisión**, primer centro de información, no ha sido organizado y mecanizado convenientemente. La introducción inicial de datos adolece de lagunas y deficiencias, a pesar de los esfuerzos del personal.

- El Jefe es provisional, sin una autoridad y calificación económica acordes. La plaza de Jefe Admisión-Analista no ha sido cubierta y, en su momento, fue recurrida.

Las colas, el ruido, el espacio... son aspectos que reclaman una mejora.

- El Control de Camas, de listas de espera y de estancias no es llevado por Admisión. Las Historias Clínicas no han conseguido hasta ahora un código individualizado y definitivo. No pasan todos los usuarios por Admisión, entre otras causas por el horario de trabajo del Servicio.

- Las comunicaciones de los traslados llegan con retraso, en ocasiones varios días. La documentación del usuario no le acompaña para el ingreso.

- No se han puesto en marcha los libros de «Reclamaciones» ni de «Donaciones».

- No se practicaron conciliaciones entre Consultas, Servicios, Facturación, C o b r o s, Contabilidad.

2) Las lagunas informativas Servicios-Administración obedecen, a nuestro juicio, en parte a la ausencia de la «Administración Periférica», prevista en el Organigrama.

A pesar del apoyo recibido desde mayo de 1983, la Estadística debería potenciarse y extenderse a las múltiples áreas relacionadas con la calidad.

3) Los archivos e Historias Clínicas, elementos básicos de información y control, no han sido aceptados por todo el personal afectado.

En febrero de 1984, 6 Servicios no remitieron las Historias Clínicas al Archivo, y 4 apenas mandaron.

Consideramos que si el sistema no es aceptado, difícilmente podrá llegar a tener

éxito. Este sería el primer problema a resolver.

4) Los Comités y Comisiones, órganos que canalizan el Control de Calidad, no han mantenido una trayectoria regular, en nuestra consideración:

— Las plazas vacantes del Gerente, Dirección Médica y Enfermería han prestado un carácter provisional al funcionamiento de los Comités.

- Los objetivos y metodología de trabajo no se encuentran definidos. Por ejemplo, no se han marcado estándares de calidad para cada unidad asistencial. No se ha establecido el procedimiento de valoración de los servicios.

- Algunos comités no se han reunido con la periodicidad deseable o no se ha iniciado su andadura. Podría considerarse que existe una falta de continuidad en el trabajo y que no se controla si las decisiones adoptadas se cumplen. Por ejemplo, en Enfermería no se ha puesto en marcha ninguna comisión. No se ha cubierto la plaza de medicina preventiva.

Convendría se estudiara su regulación, dentro de un Reglamento General de los Servicios.

- Opinamos que la motivación de los componentes no se encuentra suficientemente impulsada.

- No se ha producido una relación, una coordinación entre las diferentes comisiones. Sería interesante se valorase:

1) La dotación de un coordinador que ayude a la Dirección Médica a impulsar un desarrollo programado y normal, y

2) La formación de una Comisión que en el futuro aglutinara al resto de los Comités que funcionen.

5) Los usuarios no gozan de canales adecuados que permitan recoger sus opiniones o reclamaciones. Interesaría que a todo paciente se le informare de sus derechos y obligaciones con respecto al Centro y se facilitasen los medios oportunos para conocer y sus reclamaciones y sugerencias.

7.5. INFORMATICA

7.5.1. Situación año 1983.

La importancia de la «Información integral» ha sido resaltada en diversas partes del informe, en concreto en el artículo 7.4.

La mecanización y desarrollo de la informática, instrumento potente del tratamiento de la información, son condición «sine qua non» para que la gestión hospitalaria pueda calificarse de eficaz, sobre todo en centros del tamaño como el analizado.

Un control de calidad, una Contabilidad de Costes, una Admisión y servicios eficientes... etc., son inconcebibles hoy día, sin el apoyo de la informática. Por ello, conviene conocer la situación de la misma en el Hospital.

Opinamos que el funcionamiento de la Informática ha sido irregular, véase informe del 6 de octubre de 1983, o no satisfactorio de las demandas de los usuarios. Pueden apuntarse los siguientes factores:

1) La estructura del Hospital, disposición de las terminales e instalación defectuosa. No hay pantallas para todos los servicios, las caídas de líneas han sido numerosas y en ocasiones prolongadas. Todo ello predispone al personal en contra, e incide en una infrautilización de los medios y programas existentes.

2) La resistencia del personal a los cambios que implica la mecanización, manifestada por el desconocimiento de las Normas de utilización y respeto a las pautas marcadas.

3) La inexistencia de un plan informático.

— Las transacciones y aplicaciones se han ido realizando respondiendo a criterios circunstanciales. El cambio de gerentes y responsables ha agravado el problema, por las continuas variaciones de personas y criterios y falta de compromiso a la hora de asumir los trabajos.

Todo ello ha repercutido en la falta de una visión de un plan integral para el Hospital, con una programación de las etapas a consumir y seguimiento adecuado.

— No opera un organismo aconsejable como es el Comité de Informática que ayude a establecer la estrategia y plan.

— La plaza de Analista-Jefe de Recepción no se ha cubierto. Opinamos que la misma no tiene precisadas las funciones o mezcla actividades diferentes.

— Informática no responde, a nuestro juicio, con **agilidad** a los requerimientos de los usuarios. Falta también dedicación de los usuarios, por escasez de medios personales en algunos departamentos, para corregir con ayuda de los analistas los programas y aplicaciones.

4) Las aplicaciones se acometen sin tener en cuenta los cambios organizativos, físicos... que la mecanización implica, y así ocurre que varias, ya terminadas en cuanto al Servicio de análisis, no se ponen en marcha por falta de medios personales, preparación, cambios de sitio, escasa fiabilidad de la documentación a tratar... etc.

5) Las relaciones entre Informática y los Usuarios, por las circunstancias señaladas, no han sido todo lo fructíferas que hubiera sido deseable.

7.5.2. Perspectivas.

Las tareas a mecanizar y mejorar informáticamente exigen una actividad continua, cuyo desarrollo sería conveniente se llevara a efectos sin los problemas indicados.

El Hospital necesita un apoyo masivo de la informática para lograr una gestión eficaz, dotada de los controles contables, financieros, internos, de calidad, cuadros de mando...

El Hospital, más aún si se añaden otros centros asistenciales, tiene entidad suficiente como para que se consideren alternativas, como:

1.ª) Que disfrute de los medios informáticos propios, sin perder la conexión informativa, banco de datos, y apoyos técnicos, análisis de sistemas, con la Dirección de Informática del Hospital.

2.ª) O contrate la utilización en función de unos objetivos, planes y plazos, superando la dependencia actual.

Cualquiera de las fórmulas propuestas podrían facilitar la integración de la informática en el Hospital y la superación de los problemas observados.

7.6. REMODELACION DEL HOSPITAL.

— El Centro ha seguido una trayectoria estos últimos años de ordenación interna de la estructura, al fin de conseguir una mejor adaptación del espacio para la prestación de los servicios, aunque los proyectos hayan respondido, en nuestra opinión, a una política de «parcheo» y en ocasiones contradictoria. Las reformas de los quirófanos constituyen un pie forzado para cualquier plan futuro. Ha faltado un Plan de Remodelación, al que se ajustaran las sucesivas modificaciones.

— En 1982 y 1983 se elaboran unos Informes sobre la Reestructuración del Hospital, dirigida a lograr:

- Una separación de zonas de diferentes usos y agrupación de Servicios Centrales.

- Una ubicación racional de las Unidades de Hospitalización.

- Un control de los accesos y circulaciones.

Los problemas que se pretendían resolver, eran concretados en:

- Circulaciones mezcladas y anárquicas.

- Accesos incontrolados de público a todas las zonas.

- Comunicaciones con el exterior deficientes.

- Aprovechamiento de solares, en estado de ruina.

La Diputación Foral el 23-9-82 aprueba el esquema inicial de reordenación arquitectónica y encomienda un estudio de remodelación del Hospital. Estimamos que no se ha hecho todavía el mismo.

Opinamos, no obstante, que los Informes y el Acuerdo muestran una voluntad de emprender una acción de conjunto, en sucesivas fases, para resolver una serie de problemas estructurales físicos, aunque las propuestas de modificación inciden, fundamentalmente, sobre el conjunto central.

— El Proyecto del Presupuesto para 1984 acuerda los objetivos estructurales siguientes:

- Completar la ocupación del Pabellón Norte.

- Terminar las obras de acondicionamiento en el Pabellón 1.

- Llevar a cabo las obras de mejora y reacondicionamiento del «hall» de entrada, admisión de enfermos y nueva cafetería.

- Iniciar las obras precisas para la ubicación en un edificio, de Laboratorio, Farmacia y Aprovisionamiento.

- Acondicionar dos plantas del Pabellón H (central) para traslado a las mismas de los Servicios de Obstetricia y Ginecología y Pediatría.

El último punto supone una variación cualitativa significativa, porque ya no respondería únicamente a los criterios antes señalados de los Informes, sino que implicaría un reajuste, reconversión, de Ginecología y Pediatría: Se trataría de ordenar y redimensionar estos Servicios. Opinamos que influirían las razones económico-administrativas de la deficiente demanda de los servicios mencionados e importante ocupación de espacios con los co-

responsables de los costes de mantenimiento y transporte.

— Siguiendo la línea de las propuestas, se publica en el B.O.N. del 22-2-84 el «Concurso de adjudicación del Proyecto arquitectónico en el Hospital de Navarra-Plan de Remodelación»:

Parece que se presentó un informe-propuesta, según establecía el punto 5.º, de adjudicación de los trabajos a un equipo.

Con relación a lo expuesto, opinamos:

1) Servicios de Obstetricia y Ginecología.

— La propuesta de traslado de Ginecología y Maternidad choca con la visión de los servicios afectados, quienes no han recibido documentación sobre el propósito del traslado ni de las condiciones en que se realizaría.

Sería preciso definir previamente una suficiente funcionalidad de los servicios a trasladar, con participación de su personal.

— La política seguida hasta ahora con los Servicios del edificio de «Maternidad» no ha sido de reforzamiento de sus actividades.

Podrían señalarse: el Departamento de Psiquiatría Infantil, que dispuso de nombramientos e instalaciones, sin ponerse en marcha, otras actuaciones acordes con la sociedad actual que no han recibido acogida en estos lugares y la plaza de Jefe de la Sección de Obstetricia vacante, pendiente del Supremo.

2) Plan General.

Información, como la descrita en los apartados anteriores, sobre los aspectos de eficacia y eficiencia relacionados con la ocupación, calidad, costes, rentabilidad, déficits..., no ha sido aportada junto con los objetivos y proyectos de remodelación.

Entendemos que para toda modificación que implique una reestructuración importante del Hospital, previamente convendría disponer de:

1.º) Una amplia base de datos sobre las diversas materias sanitarias, asistenciales, económicas, físicas, técnicas... etc., que den soporte a las siguientes etapas.

2.º) Un estudio de la situación del Hospital en su conjunto, de sus problemas a corto, medio y largo plazo, de la integración del Hospital en el sistema sanitario.

3.º) Una definición de los objetivos del Hospital:

- A nivel Regional
- A nivel de los Servicios Internos.
 - Calidad.
 - Rentabilidad socio-sanitaria.
 - Rentabilidad económica.

4.º) Un análisis de las alternativas, diferentes proyectos de remodelación, costes financieros y aspectos jurídicos.

5.º) Un programa de actuaciones y control que refuerce su cumplimiento. A este respecto, recuérdese que la inspección de obras fue encargada por Diputación Foral a los Servicios Técnicos de Educación.

6.º) Una información amplia participativa del personal del Hospital, sobre temas de alcance y organización del Centro.

Tanto en este tema como en otros, los canales informativos ascendentes y descendentes no funcionan, y el personal trata de informarse por los «pasillos».

3) Lavandería

Un servicio que interesaría estudiar se refiere a la lavandería, cuya situación actual podría resumirse en:

- Instalaciones y maquinarias antiguas, con problemas técnicos de funcionamiento y conducción de generadores del vapor.

- La mano de obra es alta porque la capacidad técnica de las máquinas son bajas, en comparación con las posibilidades actuales. Costes elevados de funcionamiento.

- El espacio ocupado presenta deficiencias arquitectónicas, apreciables a simple vista.

- Los patios-almacenes están a la espera de una ordenación y limpieza.

- Necesidad de adoptar medidas puntuales para suplir los defectos de la situación.

- La circulación de la ropa no guarda las reglas aconsejables de separación entre limpia y sucia. Las condiciones higiénico-sanitarias se resienten.

La Diputación Foral acuerda el 10-3-83: «1.º Dar la conformidad a la realización de un estudio detallado sobre la posibilidad de montar una Lavandería Intercentros-sanitarios y de Servicios Sociales...».

Los funcionarios encargados terminan el trabajo, sin la parte jurídica, en julio de 1983, y hasta la fecha no se ha adoptado ninguna resolución.

Convendría:

- Que el mencionado estudio se actualizara y completara con la parte jurídica y compara-

ción de fórmulas alternativas, costes, plazos, ventajas e inconvenientes, a fin de facilitar la decisión sobre el camino a seguir, como preveía el Acuerdo de marzo de 1983.

7.7. SEGURIDAD

La remodelación pretendía un control de los accesos y circulaciones, las acciones contra la seguridad han sido frecuentes, e interesaría incrementar la seguridad. Este objetivo se integra dentro de la Seguridad que a continuación estudiamos. De entrada, puede indicarse que no existe un órgano que se ocupe de la Seguridad, en su conjunto.

7.7.1. Seguridad contra acciones delictivas.

Se observa una notable mejoría de la situación a partir de la incorporación del servicio de seguridad de la Diputación Foral en 1983, cuya gestión no ha sido objeto de auditoría.

7.7.2. Seguridad Edificios e Instalaciones.

— Existe un Plan de Emergencia del que interesa señalar:

- No se ha difundido entre el personal y usuarios ni señalizado el resumen de las actuaciones.

- Faltan los planos sobre vías, equipos y zonas de alto riesgo.

- Las vías de evacuación y puertas no se hallan bien señalizadas y libres de obstáculos. Se están modificando los dispositivos de apertura de las puertas.

Faltan de instalar los dispositivos que cierran el paso de la difusión del humo.

- No existe una línea telefónica directa entre el Centro y el Servicio de Extinción de Incendios.

- Se encuentra en tramitación el contrato de mantenimiento de los sistemas de Seguridad.

- No hay un registro de incendios.

— Respecto del uso de combustible, véase el punto 6.6.2, capítulo 2.º de Gastos de funcionamiento sobre consumo de fuel-oil.

— El incinerador ha originado problemas, incluso a los vecinos, que han protestado. La acumulación de hollín afectaría a las condiciones higiénico-sanitarias.

— Instalaciones radioactivas:

- El Consejo de Seguridad Nuclear requiere al Hospital de Navarra, en escrito del 5 de diciembre de 1983: «... Deberá proponer a

este organismo, en el plazo máximo de dos meses, la organización y medios del Servicio de protección contra las radioacciones ionizantes, significándole la importancia del mismo y la independencia de actuación que debe asegurársele...».

Según datos facilitados, se contestó al Consejo el 26 de enero de 1984. Opinamos que todavía no se ha satisfecho la demanda del Consejo de Seguridad Nuclear.

El mencionado servicio podría ocuparse: 1) De la puesta al día de las instalaciones radioactivas como R.X. del Hospital, sobre todo en los temas reglamentarios, 2) Del control de los productos radioactivos, 3) De la Reglamentación en el tema de la protección del personal, con exámenes periódicos y 4) De la formación del personal precisa para operar las Instalaciones Radioactivas.

7.7.3. Seguridad e Higiene en el Trabajo.

— Aparte de lo indicado al hablar de las instalaciones radioactivas, convendría un desarrollo de la seguridad en el trabajo sobre todo contra los riesgos específicamente hospitalarios.

Interesaría que el comité respectivo implantase los protocolos y normas de tratamiento y vigilase su cumplimiento en materia de contaminación e infecciones.

— Opinamos que las instalaciones de servicios, duchas, guardarropas, etc., tendrían que mejorar.

8. RECOMENDACIONES

En los capítulos 5.º, 6.º y 7.º hemos analizado la gestión presupuestaria, poniendo de relieve aquellas anomalías e irregularidades que hemos detectado con relación al control interno, legalidad, eficacia y eficiencia. Al mismo tiempo, hemos ido exponiendo las propuestas que estimamos oportunas para la mejora de la gestión.

Ahora ofrecemos una síntesis de las sugerencias ordenadas en función de la correlación temporal de las actividades de ejecución presupuestaria:

8.1. PLANIFICACION A NIVEL GENERAL

El Hospital ha padecido de una indefinición de los objetivos a nivel interno y regional, de una ausencia de análisis de las desviaciones, y de un desajuste de la oferta a la demanda en 1983.

Interesaría se determinara el papel del Hospital en el conjunto de los Establecimientos Sanitarios, mediante un Plan General de Recursos Asistenciales. El Hospital tendría un horizonte que le permitiera examinar su cumplimiento, contribución a la salud de la Comunidad y los costes-beneficios.

Desequilibrios, como el producido en 1983 en cuanto a ocupación, deberían ser objeto de atención preferente, de modo que sea mínimo el mismo a medio y largo plazo, cuando hacen falta recursos para otros sectores asistenciales.

Esta recomendación se sale del marco propio del Hospital, ahora bien, convendría que de alguna forma el Hospital fuera oído y participara en la Planificación General indicada, porque de la misma se derivarían los servicios que se esperasen del Hospital y a los que tendría que acomodarse el mismo. La coordinación entre los niveles planificadores y el Hospital sería altamente positiva.

8.2. ORDENACION

Tanto por el papel asumido por el Centro, como por la necesidad de responder con eficacia y eficiencia al cometido de sus funciones y objetivos, el Hospital tendría que seguir un proceso dinámico de ordenación en todas sus áreas, corrigiendo errores e integrando los cambios que la sociedad demanda.

Vemos a continuación los diversos apartados:

8.2.1. Organización.

Una vez que el Hospital conozca su función en el entorno, habrá de prestarse a desarrollarla en condiciones suficientes, para lo cual es imprescindible una adecuada organización.

Opinamos:

— Las estructuras directivas y mandos intermedios habrían de consolidarse, profesionalizarse y responsabilizarse del cumplimiento de las funciones asignadas: Planificación, coordinación y control.

Este sería un objetivo interno esencial, teniendo en cuenta las deficiencias sufridas por los desajustes entre el organigrama teórico y el real, y las prolongadas ausencias de puestos directivos claves. El Anexo 1 ilustra la gravedad del tema.

— El organigrama tendría que atenerse a las necesidades en función de los trabajos y prestaciones a realizar. El análisis de las fun-

ciones, definiciones de puestos, cargas de trabajo, plantillas, valoración, dedicación..., deberían constituir métodos y procedimientos usuales de la organización de todos los Servicios para 1985.

No cabría ya un organigrama diseñado en un momento dado, sin una revisión periódica y alejado de la realidad.

Los Departamentos y Servicios controlarían que las plantillas sean equilibradas a las tareas a realizar, y que las mismas se encuentran distribuidas adecuadamente. Se revisarían periódicamente las actividades y descripciones de puestos, exponiendo las necesidades. A medio plazo habrían de establecerse manuales de organización y procedimientos en cada Servicio o Sección, conocidos por el personal y dados a conocer a todo nuevo ingreso. Que uno se marche y el sustituto tenga que enterarse por sí mismo del puesto de trabajo, debería evitarse por los costes en que se incurren.

— La redistribución del personal, que en su momento se adoptara, exigiría la puesta en marcha a corto plazo de unos programas de formación y reciclaje del personal. La formación constante resulta imprescindible en organizaciones que incorporan tecnología punta constantemente. Ha de garantizarse que existe personal suficiente para interpretar y operar los equipos modernos que se adquieran. Aparte que el desarrollo del personal constituye un elemento valioso de motivación a los trabajadores. Convendría que se estudiara la elaboración de un Plan de motivación. El absentismo constituye un fallo de funcionamiento del Centro.

— El personal seleccionado conforme a las normas debería ser calificado profesionalmente y remunerado de acuerdo con la responsabilidad atribuida. La práctica de puestos de mando confiados provisionalmente, sin nombramiento y categoría adecuada, no continuarían, situación frecuente en las áreas administrativas.

— Tendrían que cuidarse los mecanismos de coordinación entre los diferentes departamentos y direcciones, y los canales informativos, tanto ascendentes como descendentes. Ninguna decisión de interés para un servicio podría adoptarse sin un conocimiento participativo de los interesados.

La información y coordinación merecerían atención en las áreas médico-asistenciales, porque los servicios son muy numerosos y los

departamentos no han cumplido, a nuestro juicio, con las misiones encomendadas. Un director médico precisaría de apoyos para ejecutar satisfactoriamente su puesto.

— La mecanización e integración de Admisión, Archivo, Servicios, Administración periférica, Facturación, Información, Caja, Contabilidad, podría tener carácter preferente a corto plazo. Podrían derivarse como ventajas:

- Código individualizador de cada paciente e historia.
- Control de camas ocupadas, programación de consultas, tiempos de espera.
- Enlace de ingresos y consultas con Facturación.
- Control de consumos y actuaciones a los usuarios.

Convendría reflexionarse sobre el procedimiento que garantizara que a todo ingresado se le ha facturado o se encuentran disponibles los datos para el momento del alta y salida del Centro.

8.2.2. Reestructuración.

— El Hospital, por el peso de sus componentes de naturaleza fija como edificios y plantillas, debería poner especial énfasis en vigilar que la estructura se adecúe al cumplimiento de los objetivos y que no se estanque de forma peligrosa, poniendo en peligro su futuro.

Se necesitan datos, tratamiento informativo y análisis de todos los órdenes, de la evolución del centro y de los cambios en su entorno, junto con un planeamiento y control permanentes a corto y medio plazo. Los cambios de la demanda habrían de ser captados en el más breve plazo, así como las desviaciones significativas de los costes estructurales sobre los resultados.

No debería tardarse en conocer y tratar los problemas que afecten a aspectos estructurales de los servicios, para adoptar las soluciones oportunas.

Pero también interesa el largo plazo para prever los futuros parámetros y condicionantes. De aquí el interés de la conexión de la gestión del Hospital con la Planificación a largo plazo.

— Los objetivos deberían ser revisados periódicamente por la Dirección, para adaptarlos a las circunstancias.

La remodelación respondería a los criterios señalados, junto a la necesidad de salvar los problemas de circulación, seguridad y

transporte, incrementados por la distribución física del Hospital.

Convendría un Plan General arquitectónico que garantizara una continuidad en la línea de actuación.

8.2.3. Presupuesto.

— Los responsables de Dirección y control en los diferentes niveles, deberían participar en la fijación de los objetivos y presupuesto del año. Los programas tendrían como primera visión la gestión de los Servicios y Departamentos, marcándose:

- Niveles de producción: índices de ocupación, rotación, estancias, número de urgencias, análisis, actos/pacientes... etc.

- Rendimientos cualitativos: protocolos desarrollados, índices de mortalidad, necropsias, infecciones, correlaciones, concordancias.

- Resultados económicos: reducción costes de estancias, procesos, incremento rotación stocks, listas de espera, absentismo, déficits... etc.

- Grado satisfacción de los usuarios: número de reclamaciones, porcentaje resueltas, cuestionarios...

— Los presupuestos tendrían que sujetarse a las necesidades reales, programadas en el tiempo, estudiando las demandas y ofertas de cada año y los costes.

Las obras de varios ejercicios, con sus correspondientes cronogramas, se contemplarán en presupuestos plurianuales y las estimaciones o cantidades aprobadas a la baja, caso de Farmacia, habrán de calcularse correctamente, con respeto a las normas sobre Ejecución y Resultados. Se informará de los recortes que se acuerden, con una definición de las metas y presupuestos a cada responsable.

— Se informará periódicamente por la Gerencia y Directores a los Jefes de áreas, de la marcha en la ejecución de los presupuestos, revisando las desviaciones y conviniendo las medidas correctoras, el análisis deberá extenderse a las diversas órdenes: que pase un ejercicio y un Jefe de Servicio ignore los resultados económicos del mismo, en cuanto a su unidad, debería ser una práctica a eliminar definitivamente.

— Las acciones encaminadas a conseguir los objetivos habrían de ser coordinadas, para lo que serían convenientes las reuniones periódicas:

- Interdepartamentales-Gerencia.

- Jefes de área-Mandos intermedios.

— Una vez que se disponga de: 1) Presupuestos reales, ajustados a las necesidades de las diferentes unidades o centros de costes, y 2) Un sistema de registro y medida de la actividad en los diferentes aspectos de producción, calidad, económicos y sociales, podría acometerse con seriedad la etapa de presupuestos por Programas...

Sobre el seguimiento presupuestario se comenta en el siguiente apartado.

8.3. CONTROL

— El Hospital tendría que valorar la importancia del Control para mejorar la gestión.

Es cierto que las preocupaciones de los últimos años han ido dirigidas a resolver problemas urgentes. Llega el momento de que el Control constituya un objetivo prioritario, como:

- Disponer de unos datos estadísticos fiables en todas las áreas, tablas, gráficas, curvas y correlaciones, estados financieros...

- Analizar los datos y obtener información que permita diagnosticar la situación y adoptar las medidas correctoras.

- Implantar mecanismos de medición y valoración eficaces, apoyados por unos canales informativos hacia arriba y abajo fluidos.

- Establecer normas de actuación y estándares para examinar las desviaciones.

— El control debería ser revisado en profundidad con la potenciación de los medios técnicos y normativos señalados en el capítulo 5.º. Si no hay organización y medios personales y técnicos, no podría ponerse en marcha el objetivo del Control.

— Se ha hablado del control interno, de Intervención, y del Control de calidad.

Todos ellos necesitan de un buen sistema informático, y toda mejora en la estadística, tratamiento informático e Intercomunicación, repercute sobre el Control; ahora bien, desde nuestro punto de vista interesaría potenciar preferentemente el control interno e Intervención porque:

- Deben evitarse las infracciones de las normas presupuestarias, observadas en repetidas ocasiones.

- Hay que incrementar la garantía de que se gasta y emplea razonablemente todos los recursos disponibles, y se conocen las desviaciones.

La implantación de: Unos sistemas contables, inventarios permanentes, vide 6.1., normas de aprovisionamiento, con una precisión de los ámbitos de responsabilidad de las autorizaciones de compras y centros de almacén, control actuaciones y consumos de los servicios, prácticas de conciliación, verificación y muestreo, normalización de documentos... etc., son fundamentales a medio plazo.

- Las funciones deben ser delimitadas, separadas y coordinadas: que los almaceneros no compren, los órganos gestores no registren los consumos solamente.

- La auditoría e Intervención ha de extenderse a todas las fases operativas económico-financieras, en orden a desarrollar métodos y procedimientos, afianzar la información y, en definitiva, reforzar el control interno.

- En materia de personal habría de llegarse a conocer las cargas reales de cada puesto y evaluar los resultados del trabajo. Interesaría:

- Fichero de personal, a tiempo real, con registro de las incidencias laborales, desviaciones, imputación a cada concepto económico y desviaciones.

- Definición de los puestos, métodos y procedimientos.

- Mecanismos de control y procesos de evaluación del personal.

- Interesa indicar que el Centro no ha podido respetar, a veces, la normativa vigente, vg. en materia de contratación, por lo que habría de estudiarse las propuestas de adecuación de aquellas normas que precisen de una flexibilidad y eliminar la desviación norma-praxis.

- El control de Calidad tendría que abordarse a partir de la aceptación de que el Hospital se rige por criterios de eficacia y eficiencia, y por lo tanto, la organización y procesos han de supeditarse a las mismas.

8.4. SISTEMA INFORMÁTICO

A lo largo de todo el informe se ha insistido en la necesidad de disponer de una información oportuna.

Todas las recomendaciones parten de una mejora de la información, sin la misma no hay un conocimiento correcto de la situación y hacia dónde se camina, ni forma de resolver racionalmente los conflictos.

Se propone un sistema integral de gestión, que precisa de la Informática como vehículo

HOSPITAL DE NAVARRA
Indicadores de Actividad Asistencial — 1983

1.—Hospitalización:	666 camas		
— % de ocupación	167.134×100	=	
	243.090		68,75
	167.134		
— Estancia media	10.841	=	15,42
	10.841		
— Rotación enfermo/cama	666	=	16,28
2.—Consultas:			
	Número de consultas	89.256	
		=	7,89
	Número de ingresos	11.174	
	Número de consultas sucesivas	70.387	
		=	3,73
	Número de primeras consultas	18.869	
	Número de consultas	89.256	
		=	5,04
	Número de urgencias ambulatorias	17.715	
	Número de consultas	89.256	
		=	4,98
	Número facult. \times Número días consulta	78 \times 230	
3.—Urgencias:			
	Urgencias ambulatorias \times 100	17.715 \times 100	
		=	77,27
	Total urgencias	22.927	
	Urgencias con observación \times 100	3.008 \times 100	
		=	13,12
	Total urgencias	22.927	
	Ingresos de Urgencia \times 100	4.573 \times 100	
		=	44,92
	Total ingresos	10.181	
	Número total de Urgencias	22.927	
		=	2,51
	Número de facultativos \times 365 días	25 \times 365	
4.—Cirugía:			
	Número Intervenciones urgentes \times 100	1.140 \times 100	
		=	23,74
	Total intervenciones	4.803	
	Número de Intervenciones	4.803	
		=	1,04
	Número de ingresos quirúrgicos	4.607	

Número de Intervenciones	=	4.803	=	154,93
Número de facultativos		31		
Número de Intervenciones	=	4.803	=	400,25
Número de quirófanos		12		

ANEXO 2-2

MOVIMIENTO DE ENFERMOS INGRESADOS. AÑO 1983

Fuente: Estadística del Hospital

SERVICIOS	Quedan al 31-12-83	Total de Ingresos	Total de Altas	Quedan al 31-12-83	Núm. de camas	Núm. de estan- cias	% de ocu- pación	Estan- cia media
C. Cardiovascular	16	781	781	16	36	10.764	81,92	13,78
C. General	10	846	846	10	42	8.423	54,94	9,96
Neurocirugía	20	910	915	15	34	9.755	78,60	10,72
Oftalmología	4	282	283	3	16	3.723	63,75	13,20
Otorrinolaringología	2	219	220	1	14	1.998	39,10	9,12
Traumatología	12	1.065	1.059	18	40	11.010	75,41	10,34
Urología	4	504	504	4	26	5.939	62,58	11,78
TOTAL Departamento de Cirugía.	68	4.607	4.608	67	208	51.612	67,98	11,20
Hematología y Hemoterapia	3	192	192	3	10	1.670	45,75	8,70
Obstetricia y Ginecología	10	1.125	1.128	7	45	4.709	28,67	4,19
Pediatría	14	728	730	12	40	6.214	42,56	8,54
TOTAL Departamento Materno-In- fantil	24	1.853	1.858	19	85	10.923	35,20	5,89
Aparato digestivo	28	812	817	23	52	13.954	73,52	17,18
Cardiología	12	675	678	9	25	6.135	67,23	9,09
Dermatología	1	87	87	1	19	2.011	29,00	23,11
Geriatría	96	376	383	89	107	35.858	91,81	95,37
Medicina Interna	18	741	736	23	44	11.615	72,32	15,67
U. C. I.	2	245	245	2	5	1.381	75,67	5,64
Nefrología	—	52	50	2	4	625	42,81	12,02
Neumología	56	601	615	42	66	20.250	84,06	33,69
Neurología	10	458	455	13	22	5.748	71,58	12,55
TOTAL Departamento Medicina.	223	4.047	4.066	204	344	96.577	77,71	24,11
Radioterapia	2	475	477	—	10	2.819	77,23	5,93
TOTAL DEPARTAMENTOS	320	11.174	11.201	293	657	164.601	68,64	16,17
Urgencias Observación	7	3.059	3.062	4	9	2.533	77,10	0,80
TOTAL HOSPITAL	327	14.233	14.263	297	666	167.134	68,75	15,42

RESUMEN DE CIRUGIA — AÑO 1983

SERVICIO	Número de Intervenciones				Bloque quirúrgico			
	Interven- ciones pro- gramadas	Interven- ciones Urgencia	Exploracio- nes bajo anestesia	Total	Central	Mat. Infantil	Urgencia	Total
C. Cardiovascular	577	153	23	753	615	—	138	753
C. General	546	413	3	962	555	—	407	962
Neurocirugía	291	162	41	494	347	—	147	494
Oftalmología	192	9	13	214	—	—	214	214
O. R. L.	373	16	6	395	—	—	395	395
Trauma y C. O.	736	367	44	1.147	814	—	333	1.147
Urología	404	18	99	521	507	315	2	521
Obst. y Ginecología (1) ...	306	2	9	317	—	315	2	317
TOTALES	3.425	1.140	238	4.803	2.838	315	1.650	4.803

(1) En el número total de intervenciones programadas figuran las posibles urgencias efectuadas en el quirófano materno-infantil, ya que no existen datos que diferencien las mismas.

DATOS COMPARATIVOS

CENTRO	Camas	Estancias	Ingre- sos	ALTAS			
				Curación o Mejoría	Falleci- miento	Total de Altas	Consul- tas exter- nas reali- zadas
Hospital de Navarra	666	167.132	10.841	10.417(1)	433	10.850	89.256
Hospital Santiago	355	93.413	7.268	6.345	318	7.277	55.274
Hospital de Guipúzcoa ...	372	100.023	5.598	5.341	290	5.676	18.483
Resid. Ortiz de Zárate ...	614	168.977	18.418	15.257	485	18.400	69.040
Hospital Civil de Bilbao ...	1.071	290.949	20.652	16.754	1.270	18.024	97.806
Ciudad Sanitaria Cruces ...	1.539	441.979	41.773	37.484	1.653	39.265	206.391
Res. Ntra. Sra. Aránzazu.	918	261.038	23.299	22.316	680	23.300	32.403
Hospital San Pablo	930	283.152	24.220	23.009	1.035	24.314	279.645

- (1) Estos datos a efectos de comparación no son fiables puesto que incluyen también desahucio y traslados a otros centros.
- (2) Respecto al Hospital de Navarra, son datos *reales* al 31-12-83. El personal se adscribe dentro de la función que realiza (hay ajustes).
- (3) Incluye técnicos laboratorio y rayos X.
- (4) Incluye Directivos, Jefes y Técnicos.
- (5) Personal + Gastos funcionamiento + Inversiones.

DATOS COMPARATIVOS

CENTRO	Indice de ocu- pación	Estancia media	Promedio diario ur- gencias	Promedio diario ingresos	Rotación Enfermo/ cama	Indice de mortali- dad
Hospital de Navarra	68,75	15,42	62,81	29,70	16,27	3,99
Hospital Santiago	72,09	12,85	49,47	19,91	20,47	4,37
Hospital de Guipúzcoa	73,79	17,89	20,57	15,83	15,04	5,18
Residencia Ortiz de Zárate	75,39	9,17	105,18	50,46	29,99	2,63
Hospital Civil de Bilbao	74,42	14,08	103,80	56,58	19,28	6,14
Ciudad Sanitaria Cruces	78,68	10,58	211,80	114,44	27,14	3,95
Residencia Nuestra Señora Aránzazu ...	77,40	11,20	—	63,83	25,38	2,91
Hospital San Pablo	83,23	11,69	—	66,35	25,98	4,27

- (1) Dato no comparable para todos los hospitales ya que algunos incluyen en esta cifra los traslados a otros hospitales y desahuciados que van a su casa.

ANEXO 3-1

INTERHOSPITALARIOS

Número Necropsias	PERSONAL (2)						Gastos de Personal (miles pesetas)	Total de gastos (miles pesetas)
	Directivos	Médicos + M.I.R.	A.T.S. y Diplomados Enf.	Auxiliares Sanitario	Personal no sanitario	Total Personal		
	4	183	417	390	428	1.422	1.823.575	2.733.883 (5)
49	4	92	193	217	217	724	1.239.465	1.521.693
26	3	90	136	122	158	509	839.041	1.089.013
95	4	159	440	284	398	1.285	2.295.161	2.649.599
294	6	221	377	497	497	1.524	2.434.128	3.431.625
21	11	635	1.083	1.070	898	3.697	6.310.209	8.521.066
101	5	184	494	562	599	1.842	2.061.680	2.324.330
200	72 (4)	505	883 (3)	460	597	2.517	5.000.000	7.306.000

ANEXO 3-2

INTERHOSPITALARIOS

Porcentaje de Necropsias	Porcent. altas por curación	Promedio diario de altas	Porcent. altas por fallecim.	Personal/cama ocupada	Médicos/cama ocupada	ATS y D. E./cama ocupada	Aux. cli./cama ocupada	A.T.S./médicos	A.T.S./auxiliar clínica
—	96,00 (1)	29,72	3,99	3,10	0,40	0,91	0,86	2,29	1,06
15,40	87,19	19,93	4,36	2,83	0,35	0,74	0,83	2,10	0,89
8,96	94,09	15,55	5,10	1,85	0,32	0,50	0,44	1,51	1,11
19,58	82,41	50,41	2,63	2,78	0,34	0,95	0,61	2,76	1,55
6,85	92,95	49,38	7,04	1,89	0,27	0,47	0,62	1,71	0,76
17,78	95,46	107,57	4,20	3,02	0,51	0,89	0,87	1,70	1,01
3,08	95,77	63,83	2,91	2,53	0,25	0,68	0,77	2,68	0,88
19,32	95,75	66,61	4,26	3,26	0,65	1,14	0,59	1,74	1,91

PARTICIPACION DE LAS

CENTROS HOSPITALARIOS	Directivos		PERSONAL SANITARIO					
	%	% Ptas.	Facultativos		Técnicos Esp.		Aux. Sanitarios	
			%	Ptas.	%	Ptas.	%	Ptas.
Hospital de Navarra (1)	0,28	0,68	12,87	26,09	29,33	27,65	27,43	21,60
Clínica Puigvert	1,80	4,20	12,20	25,40	32,90	30,10	22,00	12,50
Hospital de San Pablo	2,90	3,92	20,06	31,15	35,08	32,71	18,27	13,91

(1) Adaptada la plantilla según las funciones reales que desempeñan.

ESTRUCTURA DE

CENTROS HOSPITALARIOS	Directivos		PERSONAL SANITARIO					
	Núm.	%	Facultativos		Técnicos Esp.		Aux. Sanitarios	
			Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Hospital de Navarra	4	0,28	183	12,87	417	29,33	390	27,43
Media 32 Hospitales públicos.	—	—	—	24,20	—	24,50	—	22,00
Media Hospitales no públicos.	—	1,70	—	17,50	—	25,70	—	26,50
Clínica Puigvert	8	1,80	55	12,20	148	32,90	99	22,00
Hospital Santiago Apóstol ...	4	0,55	92	12,70	193	26,65	217	29,97
Hospital de Guipúzcoa	3	0,58	90	17,68	136	18,78	122	23,96
Residencia Ortiz de Zárate ...	4	0,31	159	12,37	440	34,24	284	22,10
Hospital Civil de Bilbao	6	0,39	221	14,50	377	24,73	497	32,61
Ciudad Sanitaria Cruces	11	0,29	635	17,17	1.083	29,29	1.070	28,94
Residencia Ntra. Sra. Aránzazu.	5	0,27	184	9,98	494	26,81	562	30,51
Media 5 Hospitales C.A.V. ...	—	0,34	—	14,41	—	28,42	—	28,72
Hospital San Pablo	(1) 72	2,90	505	20,06	883	35,08	460	18,27

(1) Incluye Jefes y Técnicos.

ANEXO 3-3

PLANTILLAS EN EL PRESUPUESTO

PERSONAL NO SANITARIO										TOTAL Presupuesto Personal (miles ptas.)
TOTAL		Administrativo		Oficios		No cualificado		TOTAL		
%	Ptas.	%	Ptas.	%	Ptas.	%	Ptas.	%	Ptas.	
69,63	75,35	5,06	4,45	3,16	3,10	21,87	16,43	30,09	23,98	1.839.574.000
68,90	68,00	11,50	10,30	5,30	4,50	14,20	13,00	31,00	27,80	—
73,42	77,77	10,93	8,61	—	—	—	—	23,72	18,31	5.000.000.000

ANEXO 3-4

LAS PLANTILLAS

PERSONAL NO SANITARIO										TOTAL PLANTILLA
TOTAL		Administrativo		Oficios		No cualificado		TOTAL		
Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	
990	69,63	72	5,06	45	3,16	311	21,87	428	30,09	1.422
—	70,70	—	3,20	—	3,10	—	23,00	—	29,30	—
—	69,70	—	8,70	—	5,50	—	14,00	—	28,20	—
302	67,10	52	11,50	24	5,30	64	14,20	140	31,00	422
502	69,33	—	—	—	—	—	—	217	29,97	724
348	68,36	—	—	—	—	—	—	158	31,04	509
883	68,71	—	—	—	—	—	—	398	30,97	1.285
1.095	71,85	—	—	—	—	—	—	423	27,75	1.524
2.788	75,41	—	—	—	—	—	—	898	24,28	3.697
1.240	67,31	—	—	—	—	—	—	599	32,51	1.842
—	71,55	—	—	—	—	—	—	—	28,10	—
1.848	73,42	275	10,93	—	—	—	—	597	23,72	2.517

ANEXO 4

GASTOS, INGRESOS Y ESTANCIAS 1983

SERVICIOS	1. Gastos Directos s/Admón. miles pts.	2. Reparto estimado gastos in- directos	3. Estancias teóricas. Fórmula: S. Social	4. Subreparto servicios centrales	5. Ingresos totales miles ptas.
Geriatría	109.058	57.138	36.468	47.118	112.352
Neumología	106.173	55.412	21.962	28.376	167.230
Neurología	55.421	28.924	6.599	8.526	53.348
Dermatología	19.315	10.081	4.059	5.245	22.583
Cardiología	92.569	48.312	6.872	8.880	59.434
Nefrología	44.827	23.395	1.189	1.536	46.281
U.C.I.	73.564	38.393	1.381	1.784	20.551
Medicina Interna	79.636	41.561	12.594	16.273	96.804
Aparato digestivo	67.653	35.307	14.770	19.085	113.690
Traumatología	70.271	36.674	13.799	17.803	108.118
Cirugía General	68.895	35.956	9.252	55.434	76.635
Urología	55.302	28.862	6.727	43.595	56.154
Oftalmología	49.693	25.934	6.972	40.370	44.069
O.R.L.	34.332	17.918	3.710	26.460	21.918
Cardiociugía	74.616	38.942	11.623	62.107	101.293
Neurocirugía	77.569	40.483	10.817	62.930	92.362
Estomatología	1.622	846	465	601	1.032
Quirófano y Anestesia	149.454	78.000	—	(227.454)	—
Ginecología y Urgencia	99.152	51.747	7.149	9.238	76.310
Pediatría y Urgencia	112.337	58.628	11.537	14.906	84.676
Urgencias	97.494	50.882	10.884	14.063	37.373
Radioterapia	42.765	22.319	4.081	5.273	31.019
Radiodiagnóstico	53.230	27.780	—	(64.493)	16.517
Scanner	13.618	7.107	—	(2.537)	18.188
Rehabilitación	22.322	11.649	(1) 428	553	19.377
Laboratorio y Hemat. y Hemo.	145.088	75.721	1.921	(3) (170.757)	47.570
Medicina Nuclear	17.332	9.045	—	(24.935)	1.442
Medicina e higiene	6.266	3.250	—	—	—
TOTAL	1.839.574	960.266	205.259		(2) 1.526.326

(1) Debe entenderse mejor con referencia a procesos de rehabilitación.

(2) Cantidad no ajustada, al no disponer de datos por servicios.

(3) Corresponde a 173.239 miles ptas. (gastos Lab. y Hemat.) menos 2.482 miles ptas. (prorrateo gastos serv. centrales correspondientes a estancias Hemat.).

ANEXO 5

INFORME ECONOMICO DEL EJERCICIO 1983

Fuente: Admón. Hospital de Navarra

		G A S T O S		
		Importe	Valor absoluto	Valor relativo
Gastos de personal			1.823.575.754	67,54
Nómina y plantilla	1.626.881.937			
Personal laboral	129.283.901	1.756.165.838		
Retribuciones complementarias				
Guardias	37.089.079			
Guardias MIR	16.743.755			
Festivos	7.676.384			
Horas extraordinarias	1.121.226			
Gratificaciones	4.779.472	67.409.916		
Gastos de funcionamiento			712.027.712	26,36
Consumos				
Productos alimenticios	86.282.813			
Productos farmacéuticos	160.662.375			
Productos químicos	100.004.091			
Material clínico	155.406.171			
Productos limpieza y lavandería.	14.395.631			
Vestuario Personal y enfermos.	10.600.000	527.351.081		
Generales				
Reparaciones	51.476.798			
Energía	111.854.525			
Teléfono	8.602.145			
Otros	12.743.163	184.676.631		
Amortizaciones			120.000.000	4,44
Apoys a otros centros			45.000.000	1,66 %
TOTAL GASTOS			2.700.603.466	100

I N G R E S O S

		Valor absoluto	Valor relativo
Asistencia Sanitaria		1.009.531.904	
INSALUD	829.862.607		
Particulares	146.209.363		
Lagun-Aro	10.347.116		
Convenio Militar	22.512.818		
Otros conceptos		4.712.973	

Apoyos a otros de Diputación		456.668.448	
Por asistencia sanitaria a empleados	373.440.345		
Beneficencia	83.228.103		
Por otros conceptos		35.819.973	
TOTAL INGRESOS		1.506.733.298	55,78
Diferencia de Gastos e Ingresos		1.193.870.168	44,22

ANEXO 6

REPOSICION DE PRODUCTOS TEXTILES

Primer semestre de 1984

ARTICULO	Número faltas repuestas	ARTICULO	Número faltas repuestas
Sábanas	2.023	Compresas (Coser y cinta) ...	940
Fundas	894	Batas (verdes)	173
Colchas	236	Batas (Drs. y ofic.)	75
Servilletas	1.207	Batas (Servicio)	58
Toallas	984	Delantales (Servicio)	74
Paños cocina	209	Pantalones	35
Camisolas	263	Chaquetas (Enfermeros)	32
Sábanas camilla	59	Campos (verdes)	425
Toallas (Baño)	2	Fundas (lona)	39
Bolsas (Lona)	60		

ANEXO 7

RESULTAS DE GASTOS

Año	Cuenta	Saldo al 1-83	Saldo al 31-1-84	Anula- ción	OBSERVACIONES
81	V-50795	450.257	—	—	
»	V-50796	303.406	303.406	—	—Devolución por retención. Debería clarificarse. Proviene de 1981.
»	V-50797	243.784	—	—	
»	V-50798	19.151.685	982.111	—	—Cuenta proveniente de 1981. La mayor parte de los gastos pagados no corresponden a 1981. - Inadecuada utilización de códigos económicos en diversos casos.
»	V-50799	6.744.150	—	—	—La adjudicación de compra de camas y mesillas se hizo después de constituirse las resultas. - Consta el recibí 42 de las 126 camas.
82	V-50800	1.228.975	486.095	111.003	—Inadecuada imputación de los códigos económicos.

Año	Cuenta	Saldo al 1-83	Saldo al 31-1-84	Anula- ción	OBSERVACIONES
82	V-50801	34.963	—	34.963	
»	V-50802	885.626	—	—	—Hay un exceso de 23.828 ptas. que se imputa al presupuesto corriente.
»	V-50803	210.218	—	137.218	
»	V-50804	4.000.025	—	533.076	—No ajuste a la normativa sobre Resultas.
»	V-50805	2.901.530	—	139.639	—Idem.
»	V-50806	1.205.235	1.205.235	—	—Convendría la regularización de esta cuenta, proyectada para «equipo de esterilización».
»	V-50807	6.861.600	—	—	
»	V-50808	4.309.362	—	—	—Inadecuada utilización del código económico.
»	V-50809	25.972.645	1.923.848	117.302	—El saldo pendiente habría de regularizarse, lo mismo que la V-50806. Corresponden al servicio de Estomatología , cuyo personal no ha sido cogido.
»	V-50810	35.884.887	—	903	—No adecuación a la normativa sobre resultas. - Se producen algunos excesos de las certificaciones sobre presupuesto. - No ha habido un seguimiento administrativo de la cuenta, como en las correspondientes a obras y equipos.
»	V-50811	2.339.420	—	8.466	—El Acdo. de la Com. Delegada no indica ni la partida a imputar ni la fecha de adjudicación.
»	V-50812	1.295.000	—	—	
83			79.012.604		—Hay una diferencia de 184.000 ptas. respecto a las cantidades solicitadas por el Centro. Dentro de los Equipos Médicos, pasados a Resultas, 37,27 millones de ptas. provienen del acuerdo 23-XII-83, trasladado en enero del 84, infracción de Resultas. Corresponden en su mayor parte a los suministros de «Siemens», almacenados durante dos meses, sin instalar, porque la obra de la U.C.I. se retrasa en la terminación. —Se incluyen 7,34 millones de ptas. para un procesador de textos traído en 1984. - Incorrecta utilización del Código Económico: + 2,2 millones ptas. para Hospital. Acdo. adoptado en enero 1984. + 1,23 millones de ptas. para SHINTEL. Acdo. trasladado enero 84.
TOTAL			83.913.299		

Escrito
de alegaciones y comentarios de la
Dirección del Hospital de Navarra al
Informe de fiscalización
económico-financiera de dicho Centro
realizado por la Cámara de Comptos

NOTA DE LA CAMARA DE COMPTOS

Los números que figuran en el margen derecho corresponden a los de identificación dados por el Auditor en su réplica a los diferentes párrafos de este escrito de alegaciones y comentarios.

ALEGACIONES Y COMENTARIOS SOBRE EL
INFORME DE FISCALIZACION ECONOMICO-
FINANCIERA, DE 1983, DEL HOSPITAL DE
NAVARRA

1. INTRODUCCION

(1)

El informe de fiscalización económico-financiero de 1983 sobre el Hospital de Navarra consideramos, adolece desde su planteamiento de un gran defecto: ha tratado de ser una auditoría administrativa sin tener en cuenta la realidad asistencial.

(2)

Será difícil a partir de este informe, determinar acciones correctivas y en cualquier caso de mayor coste al actual, y será imposible orientar la actividad asistencial, que en definitiva es el principal objetivo.

(3)

Consideramos que tampoco cumple la finalidad señalada en la pág. 2 del informe, sino que en general ha sido una auditoría de métodos y procedimientos y siempre sin tener en cuenta la actividad que se realiza en el Hospital, los recursos humanos y los medios materiales disponibles. Este último dato tampoco se tiene en cuenta en las sugerencias que se hacen y ni tan siquiera analiza los posibles costes, por lo que las propuestas se convierten en «buenas intenciones» y no en posibles y reales alternativas.

2. ALEGACIONES Y ACLARACIONES

(4)

Llama la atención que no se auditan los objetivos establecidos por la Gerencia y que

en el ámbito de la misma, pág. 3, no se haya ni tan siquiera mencionado este área cuando ha sido el máximo responsable del Hospital. En cuanto a la metodología seguida, debemos decir que ha sido poco científica. El estudio de las situaciones o elementos y el análisis de la información recopilada ha sido poco riguroso e incluso no constatada. Se hace uso de ratios, por ejemplo en Enfermería y Absentismo, sin hacer constar la procedencia, y ello lleva, tal como comentaremos más adelante, a que entre el personal teórico y el actual le dé unos resultados que se contradicen con los comentarios posteriores.

(5)

Se hacen preguntas sobre los objetivos del Hospital dentro del sistema sanitario de Diputación, sobre el funcionamiento del Pleno de la Junta, sobre la realización del Organigrama, sobre puestos cubiertos interinamente, cuando todo ello no es competencia del Hospital, tal como señalan los Estatutos, aprobados el 18 de diciembre de 1980.

(6)

En los estudios de estancias médicas y rotación enfermo/cama se juzga la eficiencia del Centro y no se tiene en cuenta las características de los enfermos.

(7)

En la pág. 7 se dice que existen varios servicios que desarrollan la Contabilidad presupuestaria, dándose multiplicación. A esto hay que decir que existen varios factores que hacen que deba llevarse así, como es la dispersión de los Servicios, que la Contabilidad presupuestaria no está mecanizada debidamente, y que esos servicios deben conocer la situación presupuestaria diariamente.

(8)

En la pág. 11 viene un cuadro donde se hace una llamada que dice: «Esta cifra de aumento no guarda relación con los incrementos de Inversiones registrados en la Contabilidad presupuestaria». A esto hay que decir que las altas del inventario se introdujeron con posterioridad al pago de esos elementos por falta de medios humanos para introducirlos anteriormente.

(9)

El inventario lo lleva una persona que tiene categoría de limpieza, ya que no hay personal administrativo y es algo importantísimo.

(10)

En la pág. 12 se dice que no se guarda relación de los bienes. Puesto que el inventario está mecanizado, la relación está en el banco

de datos del ordenador y no es lógico tenerla a mano.

(11

En esa misma página se dice que los del Almacén deben seguir la pista y preocuparse del registro. No es cierto que deban hacer esto, ya que a ellos les llega perfectamente la información de los bienes comprados, tanto de Aprovisionamiento, como del Servicio de Ingeniería, incluso de los muebles que se construyen en este Servicio.

(12

Es preciso decir que la gestión de la elaboración inicial del Inventario del Hospital la llevó la Dirección de Hacienda, mediante la contratación del trabajo a una empresa.

(13

En cuanto a las existencias es preciso decir que éstas se están registrando y controlando poco a poco, ya que el registro es manual y por una sola persona. No se dispone de mayor número de personas para llevarlo y no hay programa de stocks.

(14

En la pág. 16 se dice que no hay reglas de funcionamiento de Aprovisionamiento y Almacén. Esto no es del todo correcto, y sobre todo es preciso comparar la situación actual con lo anterior ya que antes del 1 de enero de 1982 todos los servicios del Hospital compraban directamente lo que querían y como querían, y por supuesto, sin control presupuestario de gasto, no existía almacén central y cada servicio tenía su gran almacén, hoy, por el contrario, todos los pedidos pasan por Aprovisionamiento, este Servicio lleva un control del presupuesto de gasto que va comprometiendo y se dispone de un almacén central. Todo ello con unos medios más que escasos. Como he dicho antes, el control cuesta y si se desea una organización mejor es preciso dotarla de medios.

(15

En la pág. 21 se informa que se han efectuado 1.015 reclamaciones de 1983. Sería conveniente mencionar que en los dos años que lleva funcionando el Servicio de Tesorería se han hecho reclamaciones de facturas de 1977 a 1983, del orden de 3.000 reclamaciones por año.

(16

En el último párrafo de la misma página hay una afirmación totalmente errónea en el momento actual. Se dice que «los usuarios alegan con frecuencia que entregaron el volante oportuno pero no pueden justificar ha-

berlo entregado ni figura entre la documentación del Hospital». Existen casos con anterioridad a 1983 pero no en ese año ni en el momento actual.

(17

En la pág. 22 se afirma que hay retraso entre la confección y giro de la factura, yo pediría si se me permite, que se compruebe el retraso que existía con anterioridad a 1982. En la actualidad, sin embargo, el INSALUD recibe la factura antes del día 15 del mes siguiente, tal como ese Organismo establece.

(18

Sobre que existen 146 expedientes pendientes de facturar, es lógico si se revisa la facturación los primeros días de mes, cuando todavía no está cerrado el proceso de ese mes, o cuando en un servicio hay una ausencia de días de la administrativa.

(19

En el primer párrafo del punto 6.3 se dice que hay peligro de duplicar los pagos a proveedores. No existe ese peligro puesto que el Servicio lleva ficha individualizada de proveedores.

(20

El párrafo 2.º del punto 6.4 es algo que no debería figurar en una auditoría del Hospital puesto que el curso fue organizado y financiado por el Instituto Médico, organismo dependiente de la Dirección General de Sanidad y no del Hospital, porque este Centro le presta apoyo administrativo a ese Instituto, pero no debe entrometerse en su funcionamiento ni en sus decisiones y gestión.

(21

Para demostrar este punto se envía anexo 1 en el que se comprueba que la Diputación Foral autorizó en fecha 10 de marzo de 1983 al Instituto Médico la realización de ese curso con cargo a una partida de la Dirección General de Sanidad, y no trasladando el acuerdo al Hospital.

(22

En la pág. 30 se hace referencia al crédito extraordinario concedido por el Parlamento Foral. Dado que el crédito fue efectivo en mayo y las facturas de 1983 era preciso pagarlas para que no se cortara el suministro de los proveedores no hubo otro remedio para actuar de esta forma. En otro orden de cosas hay que decir que si se han abonado facturas de años 1975, 1977 y 1978, es un defecto no imputable a la gestión actual.

(23

Pág. 33. En relación a la realización de dichas cuentas conviene aclarar por una parte

que el personal fijo es presupuestado por Diputación y en el Hospital solamente se presupuestan las remuneraciones irregulares, como festivos, personal laboral, etc...., y por otra parte, en cuanto a vacantes y personal contratado según acuerdos de la Diputación y Normas de la Dirección de Hacienda, se debía consignar la partida por el importe total del año, por lo que se hace imposible ejecutar dichas consignaciones, ya que desde que se recibe el Presupuesto aprobado por el Parlamento y la tramitación de las convocatorias, las primeras tomas de posesión se hacen en agosto, y la mayor parte de ellas en el último trimestre.

(24)

En la página 35 se señala que 6 plazas de Jefes de Sección se han cubierto sin consignación presupuestaria, cuando en realidad había consignación presupuestaria en vacantes de nómina y plantilla, partida 62000/190.

(25)

En la pág. 39 se afirma que es muy frecuente la práctica de dividir los pedidos en 500.000 pesetas para pedir directamente. Esto se hace en casos de extrema necesidad y una razón de peso.

(26)

Por la urgencia. Caso de dos pacientes que se les implante sendos marcapasos (cuyo coste unitario ronda las 400.000 pesetas) en un breve plazo de tiempo. No se puede esperar a hacer unas cláusulas administrativas, condiciones técnicas, informes jurídico y económico, aprobación por Junta de Gobierno, solicitud de presupuestos y adjudicación en otra sesión de la Junta. El funcionamiento normal del Hospital necesita una revisión de la Norma General de Contratación, puesto que la Dirección no puede colapsar el funcionamiento de la actividad médica esencial, ni por tanto de todo el Hospital.

(27)

En la siguiente página es preciso aclarar que el Servicio de Aprovisionamiento y la Dirección sabe en todo momento las tres cosas necesarias en este momento y posibles de conocer sin un almacén mecanizado, a saber:

- Lo pendiente de pago a Proveedores.
- Lo gastado por cada Servicio.
- El presupuesto comprometido.

(28)

En la pág. 41 se habla de las compras de cocina, siendo necesario aclarar lo siguiente:

— Es imposible hacer contratos de suministro de ciertos productos, como son: el pes-

cado, frutas, etc., ya que su precio varía todos los días y la compra debe hacerse de un día para otro, o en el mismo día.

(29)

— El servicio de comidas es por el sistema de emplatado, es decir, comida individual, procedimiento que ahorra costes de alimentación, mejora la calidad hotelera y asistencial del hospital, pero necesita de gran coordinación entre cocina y plantas de hospitalización. Este sistema que fue una gran mejora en el Hospital, no aparece reflejado en la auditoría, máxime si tenemos en cuenta el esfuerzo que supuso implantarlo, y que en otros centros públicos no han conseguido su implantación.

(30)

Una vez conocida la auditoría realizada por la Cámara de Comptos y en lo que hace referencia al servicio de Farmacia, quisiéramos plantear dos alegaciones:

(31)

1. Que la realización de la misma carece de objetivos, ya que en ningún momento plantea qué es lo que pretende al realizarla.

(32)

2. Que como consecuencia de la primera, la auditoría que se realiza es totalmente parcial, no informando en ningún momento sobre la relación entre realizaciones y medios utilizados, ya que en algunas ocasiones esta auditoría pretende incluso llegar a establecer rendimientos.

(33)

Para la objetivación de las alegaciones expresadas anteriormente nos basamos en los siguientes documentos:

(34)

1. Orden Ministerial de 1 de febrero de 1977, la cual regula los Servicios Farmacéuticos, y entre otros regula cuáles son las funciones del Servicio de Farmacia.

(35)

2. Artículo 52 del Libro Blanco, en el que se regula la Comisión de Farmacia, en el Hospital de Navarra.

3. Actas de la Comisión de Farmacia y Terapéutica.

4. Actas de la Comisión de Farmacia e Higiene.

5. Documentos base de la Asociación Española de Farmacéuticos de Hospitales que hacen referencia a:

— Distribución y Control de medicamentos en Hospitales.

— Comisión de Farmacia y Terapéutica.

— Formulario y Guía Terapéutica.
— Papel del Farmacéutico en la farmacovigilancia.

6. Informe y Dictámenes 1, 2 y 3, editados por la Dirección General de Asistencia Sanitaria, GENERALITAT DE CATALUÑA.

7. Memoria del año 1983 y Presupuestos 13/84.

(36)

Los enunciados emitidos en estos informes nos permitirán ir comprobando e informando de aquellas actividades realizadas por el Servicio y su adecuación a las normas establecidas en la legislación actual.

(37)

Comenzaremos por el estudio de la Orden Ministerial de 16 de febrero de 1977, que desarrolla las funciones de los Servicios Farmacéuticos.

(38)

a) «Asumir la responsabilidad técnica de la adquisición de medicamentos, especialidades, productos farmacéuticos y artículos ..., así como cumplir los preceptos contenidos en el Apartado 1.º que dice "la adquisición de especialidades farmacéuticas y demás productos farmacéuticos..., para los Servicios se hará por el Hospital oída la Comisión de Farmacia y Terapéutica. Toda propuesta de devolución, canje o destrucción... habrán de ser controladas por el Jefe de Servicio de Farmacia...".».

(39)

Así el Servicio de Farmacia se ha adecuado a lo previsto en este apartado:

(40)

1. En el acta de la Comisión de Farmacia y Terapéutica del día 16 de marzo de 1975, figuran dos acuerdos:

(41)

— Pone en funcionamiento desde esta fecha el formulario... Toda especialidad que no se encuentra incluida no será dispensada por el Servicio de Farmacia.

(42)

— Se dictan las normas para la inclusión de nuevos preparados... Anexo II.

(43)

El Servicio de Farmacia del Hospital de Navarra ha añadido a ésta, por delegación de la Dirección Administrativa la realización de las compras de las especialidades farmacéuticas aprobadas por la Comisión de Farmacia y Terapéutica, y recogidas en el Formulario o Guía Terapéutica.

(44)

Dos tipos de pedidos se realizan:

— Pedidos directos a los Laboratorios. Para su realización y control se utilizan unos documentos, los cuales van con número de pedido correlativo XX/XXXX, los dos primeros dígitos corresponden al año, y los otros cuatro corresponden a un número correlativo comenzando por mil.

(45)

El total de pedidos realizados en 1983, ha sido de 1.586, que se encuentran archivados con sus correspondientes albaranes.

(46)

— Pedidos realizados directamente a los Centros de Distribución Farmacéuticos de Plaza, que sirven para cubrir las necesidades inmediatas, para su control se utiliza un libro diario en el cual se hace constar el nombre de la especialidad, número y precio, conservando con él los albaranes correspondientes.

(47)

2. Las devoluciones e incluso las destrucciones se realizan bajo el control del Jefe de Servicio de Farmacia.

(48)

— La mencionada devolución no controlada, según la Auditoría, a Laboratorios Ibyis, creemos que sí fue controlada por el Servicio de Farmacia, y para ello se aporta en el Anexo III, los siguientes documentos: Albarán de recepción de Laboratorios Ibyis; Nota de abono y las facturas correspondientes para cubrir dicho abono; además de éstos quedan a su disposición, por considerar dichos documentos reservados, los informes realizados en el Centro, que justifican la devolución (Informes técnicos realizados por el Servicio de Farmacia y otros Servicios, Actas de la Comisión de Farmacia y Terapéutica, Comunicación escrita del hecho a Dirección Médica, y posterior Comunicación al Organismo Provincial competente).

Las destrucciones, cuando se producen, también son controladas por el Servicio de Farmacia, como lo muestra la copia, Anexo IV, correspondiente a la destrucción por el Dr. Arcos, Inspector Provincial de Farmacia, de diversas especialidades.

(49)

b) «Preparar las fórmulas magistrales y otras que puedan ser necesarias o convenientes para el Hospital».

(50)

Se adjunta como prueba de cumplimiento de esta función, en el Anexo V, los siguientes documentos: Hoja control de preparación

y reenvasado, y la relación de las mismas durante el año 1983 (memoria 1983). También se adjunta en el mismo Anexo copia de los controles de calidad realizados a las preparaciones elaboradas en el Servicio, así como las normas de control.

(51)

c) «Formar parte de las Comisiones en las cuales pueda ser útil su competencia y, preceptivamente de la de Farmacia...».

(52)

El Servicio de Farmacia pertenece a las siguientes Comisiones: Comisión de Farmacia e Higiene, Ensayos Clínicos, Control de Calidad y Docencia.

(53)

d) «Establecer un Servicio de Información de medicamentos para todo el personal sanitario».

(54)

Se adjunta el trabajo publicado por este Servicio de Farmacia en la Revista de la Asociación Española de Farmacéuticos de Hospitales (Anexo VI).

(55)

e) «Atender debidamente las misiones de Farmacia Clínica que contribuyan a prestar la mayor eficacia de los medicamentos prescritos, así como procurar, en cooperación con el personal médico, que el uso de los medicamentos en aras a conseguir la máxima eficacia terapéutica. Igualmente, en estrecha colaboración con dicho personal médico, mantener vigilancia y estudios continuos sobre los efectos adversos de los medicamentos».

(56)

En este aspecto se aporta alguna de las pruebas escritas en publicaciones, aunque si se desea conocer algunas más, únicamente consultando el Centro de Información, podrán obtenerse (Anexo VII).

(57)

— Selección de antibióticos: Publicación en Anales y Acta de la Comisión de Farmacia y Terapéutica.

— Selección y recomendaciones de uso de antisépticos.

— Nutrición parenteral. Publicaciones en la Revista de la Asociación Española de Farmacéuticos de Hospitales, y los archivos de los pacientes a los cuales se les ha aplicado esta técnica (Documento control).

(58)

— Dosificación de aminoglucósidos.

— Normas de preparación, administración y control de citostáticos.

— Protocolo de tratamiento antiemético (vómitos) de pacientes tratados con citostáticos.

— Farmacovigilancia, archivadas en el Centro de Información y en el estudio de seguimiento de los pacientes tratados con cisplatino, las reacciones adversas detectadas en el Hospital. El Jefe de Servicio de Farmacia, ha participado en el año 1983 en la redacción de un documento base a nivel nacional, sobre Farmacovigilancia.

(59)

f) «Establecer un sistema eficaz y seguro de distribución y administración de medicamentos».

(60)

En los distintos Hospitales existen dos tipos de sistemas de distribución: Uno llamado tradicionalmente «stock en planta» y el denominado sistema de distribución en «dosis unitarias» (DDU).

El sistema de distribución reconocido por todos los Organismos como el idóneo, es el DDU.

El circuito de ambos queda reflejado en los esquemas 1 y 2 (Anexo VIII).

(61)

Las características más importantes del DDU son:

— Orden médica individualizada para cada paciente.

— Farmacia recibe copia de la orden médica original.

— Dispensación individualizada.

— Control individualizado de la administración.

— NO EXISTE STOCK EN PLANTA.

Todo ello además determina, que la facturación sea individualizada.

(62)

El Servicio de Farmacia realiza este sistema en 221 camas (1983), en la actualidad alcanza a 268. Para las cuales ya no existe NINGUN STOCK EN PLANTA, sino únicamente un botiquín de urgencia controlado en especialidades y unidades desde Farmacia.

Se aportan los siguientes documentos (Anexo IX):

— Hoja de órdenes médicas.

— Hoja de dispensación y facturación.

— Hoja control de administración.

— Hoja de dosis no administradas.

— Hoja de comunicación sobre pacientes.

— Contenido de los botiquines de urgencia.

(63)

Por otra parte, a través de los dos sistemas se obtienen datos de facturación globalizada, por Centros, Servicios y Secciones (Memoria 1983).

(64)

Cálculo del gasto por medicación/paciente/día y gasto de material de cura/paciente (Memoria 1983).

(65)

Estos sistemas de distribución inciden de una forma muy concreta en la posibilidad de la realización de los controles de stock permanentes. Así, en el Documento de la Asociación Española de Farmacéuticos de Hospitales sobre Distribución y Control de Medicamentos en Hospitales, en la pág. 86 concluye que la única posibilidad de llevar a cabo estos stock permanentes, junto con el sistema DDU, es utilizando la mecanización. Opinión que coincide con la expresada en la Memoria-Pre-supuesto para 1983/84, realizada por el Servicio de Farmacia, y es por ello que el Servicio de Farmacia viene trabajando en la mecanización desde 1979.

(66)

g) «Informar preceptivamente de manera periódica, con su conformidad o nota de reparos, el gasto del Hospital en Especialidades...».

(67)

En este aspecto, en la Memoria de 1983, se presentan los siguientes datos:

— Estudio de utilización de antibióticos por dosis/día definida.

— Estudios comparativos en la utilización de suturas, citostáticos, heparina...

— Estudios comparativos de gasto en compras realizadas por el Servicio de Farmacia, respecto a otros años, así como de suministros.

— Compras específicas realizadas para el Hospital Psiquiátrico y detalle mensual de los Laboratorios suministradores (Anexo X).

(68)

Como conclusión a la auditoría, quisiéramos expresar la opinión de que en ella se pretende únicamente, y como objetivo principal, conseguir que el Servicio de Farmacia sea un Servicio contable. Objetivo que en la exposición realizada ha quedado demostrado que no es prioritaria, y es más, según lo expresado por el COMITE DE EXPERTOS EN EL IN-

FORME DE ACREDITACION DE CENTROS ASISTENCIALES (GENERALITAT DE CATALUNYA), cuando se refiere a la Unidad de Farmacia dice:

(69)

«La Unidad de Farmacia tiene como OBJETIVO PRINCIPAL conseguir una más racional utilización de los medicamentos. Esto lo llevará a término directamente y en colaboración con la Comisión de Farmacia y Terapéutica».

(70)

Opinión que compartimos y que según nuestro modesto entender está cumpliendo, y en todo caso se intentará mejorar el Servicio en esta línea. Parece que nuestro objetivo no se encuentra tan desencaminado, cuando en España existen únicamente 29 Centros Acreditados para impartir docencia en Farmacia Hospitalaria, y únicamente un solo Centro dependiente de Diputaciones, y este es el Hospital de Navarra (Orden Ministerial del 26 de diciembre de 1983). (Anexo XI).

(71)

En la página 53 se dice que la reparación de fachadas se debió cargar en el capítulo 2.º. No se comparte este criterio, ya que esa obra dio mayor valor de tasación a los edificios del Hospital, por tanto, no puede considerarse como un gasto de funcionamiento.

(72)

Sobre las críticas vertidas al proceso de cobros, hay que decir:

(73)

a) Que los vales de Admisión se comprueban diariamente desde 1983.

(74)

b) Toda factura queda registrada en el ordenador, así como su pago, reclamación, pago parcial, etc. El control de cobros es competencia de Tesorería, al igual que en toda empresa, y no de Facturación.

(75)

En el punto 6.7.2.9 dice que interesaría un seguimiento de todo cuanto se acordó en las cláusulas del contrato. Es preciso aclarar que este seguimiento se realiza exhaustivamente y en el contrato viene como cláusula de rescisión la deuda de seis meses, pero legalmente no puede hacerse nada por deuda de cinco meses.

(76)

En la pág. 75, cuando se habla de medios humanos, se da el dato 3,1 personal/cama ocupada, no puede barajarse este dato sin tener en cuenta que este Hospital tiene una activi-

dad ambulatoria y de exploraciones y tratamientos especiales muy importante y que dedican a gran personal.

[77]

Pág. 77. En relación al absentismo, se toma como valor aceptable el 5 % y hace juicios de valor en los que no tiene en cuenta factores tan importantes como que el 78,58 % de la plantilla es personal femenino y sobre todo enfermeras y auxiliares. Es difícil aceptar como válido el 5 %, cuando el 31,55 % y no como se señala, el 20 % del absentismo es debido a bajas por maternidad, el 3,79 % a lactancias, y el 10,01 a accidentes.

[78]

Pág. 80. En cuanto al intento de auditoría de la parte asistencial, entendemos que se debía haber hecho la evaluación del rendimiento del trabajo médico y de enfermería. El médico hospitalario por principio, realiza un trabajo asistencial, docente e investigador, actividades perfectamente medibles y ni tan siquiera se ha entrado en el estudio de la productividad asistencial. Sin embargo, se hacen afirmaciones sobre la plantilla médica sin tener en cuenta factores como: tiempos de hospitalización, consultas externas, quirófano, exploraciones especiales, interconsultas, urgencias, jornadas laborales, etc....

[79]

Uno de los puntos más difíciles de juzgar en la actividad asistencial es el Rendimiento de Enfermería. Lo primero que debiera haberse hecho es analizar los diversos sistemas y métodos publicados, y posteriormente adecuarlos a la realidad del Hospital de Navarra. Téngase en cuenta que, la asistencia que aplica a la Enfermería, es compleja y difícil de ser medida objetivamente, debido a la variabilidad de las características de los pacientes y al no haber estudios standard que permitan una valoración práctica. Puede haber dos opciones: El análisis según el grado de dependencia del paciente que creemos es el método más adecuado para el Hospital de Navarra, y el análisis según el Servicio Médico donde es tratado, que es de más fácil aplicación, pero de resultados irreales.

[80]

Sn embargo, tal como consta en la pág. 85 a 88 inclusive, se han utilizado unos ratios de los que se desconoce su procedencia y los factores tenidos en cuenta. Ello lleva a contradicciones tan evidentes como que teóricamente en una Unidad de Cuidados Intensivos la diferencia entre el personal teórico y el

actual es de 10 personas (pág. 85) más en la citada Unidad y posteriormente se afirma que se tiene el mínimo de personal para cubrir el turno rotatorio. Dada la no fundamentación de dichos ratios, ¿por qué no los aumentamos o disminuimos?, los resultados serían otros. En otro, ni tan siquiera se tiene en cuenta los servicios mínimos exigibles, por ejemplo en Comadronas.

Contestación

del auditor que ha dirigido el trabajo de fiscalización económico-financiera del Hospital de Navarra al escrito de alegaciones y comentarios remitido por este Centro con fecha 11-VIII-84

INDICE

1. REVISION DEL INFORME.
2. METODOLOGIA.
3. ANALISIS DETALLADO.
 - 3.1. Párrafos 1, 2 y 3.
 - 3.1.1. Planteamiento de la auditoría.
 - 3.1.2. Objetivos de la auditoría.
 - 3.1.3. Coste de las sugerencias.
 - 3.2. Párrafo 4.
 - 3.2.1. Gerencia.
 - 3.2.2. Rigurosidad del trabajo.
 - 3.3. Párrafo 5.
 - 3.4. Párrafo 6.
 - 3.5. Párrafo 7.
 - 3.6. Párrafo 8.
 - 3.7. Párrafo 11.
 - 3.8. Párrafo 14.
 - 3.9. Párrafo 16.
 - 3.10. Párrafo 18.
 - 3.11. Párrafo 19.
 - 3.12. Párrafos 20 y 21.
 - 3.13. Párrafo 22.
 - 3.14. Párrafo 23.
 - 3.15. Párrafo 24.
 - 3.16. Párrafos 25 y 26.
 - 3.17. Párrafo 27.
 - 3.18. Párrafos 30, 31 y 32.
 - 3.19. Párrafos 32, 34 ... 70.
 - 3.20. Párrafo 71.
 - 3.21. Párrafos 72, 73 y 74.
 - 3.22. Párrafo 75.
 - 3.23. Párrafo 76.
 - 3.24. Párrafo 77.
 - 3.25. Párrafo 78.
 - 3.26. Párrafo 79.
 - 3.27. Párrafo 80.

1. REVISION DEL INFORME

El trabajo del auditor fue revisado intensamente, punto por punto, con los Directores Médico, Administrativo y de Personal (este último cesó en el cargo en 1984).

2. METODOLOGIA

Para una mayor agilidad y precisión se numeran los párrafos, y así con una alusión al número correspondiente, se sobreentiende el contenido del párrafo.

3. ANALISIS DETALLADO

3.1. Párrafos 1, 2 y 3.

3.1.1. Planteamiento de la Auditoría.

Por un lado se afirma que el Informe ha tratado de ser una Auditoría administrativa, y por otro que ha sido una Auditoría de métodos y procedimientos. Entendemos que hay una confusión sobre el concepto de Auditoría administrativa. Me remito a los libros de «Auditoría administrativa» de Joaquín Rodríguez y «Auditoría de las operaciones de gobierno» de Carlos A. Isoard.

En todo momento se ha pretendido realizar una auditoría integral de la gestión, de acuerdo con el concepto de Auditoría administrativa y objetivos que la propia Norma de restablecimiento de la Cámara de Comptos marca a los auditores.

El capítulo 7 del Informe se dedica todo él al análisis de la eficacia y la eficiencia y los capítulos 5 y 6 a lo que pudiera entenderse como analítica financiera, con incidencia especial en el control interno. Por lo tanto, aproximadamente el 85 % del trabajo trata aspectos que en absoluto pueden calificarse de Auditoría de métodos y procedimientos. No cabe alegar que no han sido considerados los recursos humanos y medios disponibles, a nuestro juicio; basta leer, entre otros, los últimos párrafos del Informe y el propio organigrama aportado en los anexos.

Por otro lado, el propio trabajo, y los datos que se aportan constituyen la prueba de «si el auditor llegó o no a conocer el Hospital».

3.1.2. Objetivos de la Auditoría.

Se marcan de una forma precisa en el Capítulo 1 del Informe, conforme a los criterios marcados por la Norma de Restablecimiento de la Cámara de Comptos.

3.1.3. Coste de las sugerencias.

El Centro no dispone de Contabilidad General ni de Costes. El Hospital no ha presentado, ni creemos que pueda presentar unos costes fiables de las estancias y procesos que en el mismo se desarrollan. Más aún, creemos que tardarán varios años en conseguirlos. No se ha pretendido, fundamentalmente por la razón señalada, establecer los costes de las mejoras, sino aquellas reformas evidentes y necesarias. Responsabilidad será de la Dirección el acometerlas con un programa de actuación y costes.

Implantar un control interno con un respeto escrupuloso a la legalidad, una organización racional, una adecuada planificación y presupuestación y un sistema informativo ágil e integral se constituyen en objetivos cuya consecución de ninguna forma puede considerarse más costosa que seguir con la situación actual, ni calificarse como «buenas intenciones».

3.2. Párrafo 4.

3.2.1. Gerencia.

Si algo demuestra el Informe, en opinión del firmante, es que gran parte de los problemas provienen de una falta de Dirección, concentrada en la gerencia, véase 2.º párrafo del capítulo 5.º del informe «...puede concluirse que las funciones de controlar y planificar han tenido que sufrir notablemente en la etapa pasada, con el solo dato de constatar los cambios y ausencias habidos en los niveles directivos. A nivel general puede valorarse: los objetivos no se definieron, se adoleció de normas standard con las que poder medir la actividad desarrollada...». El capítulo 8.1 afirma: «El Hospital ha padecido de una indefinición de los objetivos a nivel interno y regional, de una ausencia de análisis de las desviaciones...».

Queda claro que la Gerencia ha sido objeto de la Auditoría, y si no se menciona la misma al establecer el ámbito de la Auditoría es porque, al tiempo de efectuar el Informe, no existía ni Gerencia, ni infraestructura de Gerencia, siendo asumidas sus funciones por las Direcciones Médica y Administrativa que fueron objeto de una intensa y específica atención.

3.2.2. Rigurosidad del trabajo.

El auditor ha tenido que superar enormes dificultades para poder hacer su trabajo. Por

ejemplo, la inexistencia de una Contabilidad General y de unos estados financieros pudo ser base para que se alegara la imposibilidad de realizar la Auditoría. No obstante se trató de superar esta dificultad y con una multiplicación del esfuerzo se realizó el análisis presentado. Así, los datos contables manejados debieron ser recogidos en cada una de las unidades administrativas, por no funcionar el departamento contable. La falta de justificación documental ha sido solicitada en más de tres ocasiones. Convendría se aclarara qué afirmación del auditor no ha sido constatada y cuáles son los defectos de la metodología seguida. En cuanto al ejemplo que mencionan sobre uso de ratios en Enfermería y absentismo, conviene aclarar: 1) El trabajo concreto que sustenta los coeficientes de Enfermería fue entregado en mano al Director Médico. El mismo se comprometió a presentar un estudio mejor, disponiendo de varias semanas. El auditor no llegó a recibir el mencionado trabajo, a pesar de haber reiterado la solicitud. El estudio de Enfermería está avalado por el mismo departamento y en el mismo se indica la procedencia de los ratios: Estudios de M. Paetzwick, cuadernos de salud pública de la O.M.S., núm. 31 y Barquín, Gestión y Administración Hospitalaria

y 2) con relación al absentismo, la Dirección de Personal del Hospital manejaba unos datos y unos coeficientes totalmente erróneos, que fueron rectificadas al comprobar los listados de la Inspección de Personal de la Diputación Foral y solicitarlo después el ex-Director de Personal. Es una muestra más de que sin una información fiable todo trabajo de auditoría se encuentra con unas dificultades considerables.

3.3. Párrafo 5.

En cuanto a lo que se dice en el párrafo 5, el Hospital no puede alegar que es competencia de la Diputación y eludir toda responsabilidad. El que, por ejemplo, la Junta de Gobierno no funcionara no puede imputarse totalmente a la Diputación.

3.4. Párrafo 6.

En el análisis de la Eficacia y Eficiencia del centro se pone de relieve en todo momento la inexistencia de unos coeficientes teóricos. Por ello el auditor ha tenido que obtenerlos con sus propias fuentes informativas. Véanse los anexos que lo justifican.

3.5. Párrafo 7.

El auditor critica que, como consecuencia de una falta de control interno, se produce el fenómeno de la multiplicación de un mismo mecanismo de control, como es la contabilidad presupuestaria que no es llevada por ninguno conforme a reglas de contabilidad generalmente aceptadas.

3.6. Párrafo 8.

Mientras no se lleve un inventario permanente y unas cuentas patrimoniales actuales, nunca podrán coincidir los inventarios con la contabilidad presupuestaria, lo que es peor, no se tendrá garantía de que se efectúen los registros con precisión y exactitud. Los párrafos 9 y 10 se comentan por sí mismos y lo expuesto anteriormente.

3.7. Párrafo 11.

En el análisis efectuado con la responsable del almacén, quedó claro el procedimiento expuesto en el Informe. Pueden aportarse las fechas de entrada de los equipos en los servicios, cuándo toman nota en el almacén y contabilidad y cómo se obtuvo la información.

(Los párrafos 12 y 13 confirman lo expuesto por el auditor).

3.8. Párrafo 14.

El auditor ha constatado que no se respetaron las reglas de funcionamiento y provisiónamiento del almacén, ni le han sido aportadas normas escritas.

Párrafo 15.

(No contradice lo afirmado por el Auditor.)

3.9. Párrafo 16.

Confirma lo expuesto por el auditor y se ha constatado que en 1984 se producen las reclamaciones señaladas, cuyo importe se imputaría al ejercicio con infracción de la normativa sobre Resultas.

(Párrafo 17 confirma las afirmaciones.)

3.10. Párrafo 18.

Estimamos que en absoluto es justificable que existan 146 expedientes sin facturar, a pesar de que el enfermo haya sido dado de alta. La factura debe estar disponible en el mismo momento en que el usuario sale del

centro. Esta alegación sería inconcebible en la gestión de una empresa privada. Además, el análisis se efectúa al 31 de mayo de 1984 y había expedientes de 1982.

3.11. Párrafo 19.

Si se efectúan pagos sin intervención previa, no puede negarse que aumenta el peligro de que haya duplicidad de pagos.

3.12. Párrafos 20 y 21.

El Depósito fue registrado por el Hospital y debieron dar cuenta de lo que ocurrió, en nuestra opinión. El número del Depósito corresponde al Hospital.

3.13. Párrafo 22.

Se presenta una justificación que en absoluto invalida la afirmación de que las normas presupuestarias sobre Resultas y límites de gasto se infringen.

3.14. Párrafo 23.

Se pone de manifiesto una práctica que habría de eliminarse para una correcta presupuestación.

3.15. Párrafo 24.

El auditor no ha visto documento alguno justificando que hubieran sido aprobadas orgánicamente las seis plazas a que se hace referencia.

3.16. Párrafos 25 y 26.

La práctica de dividir los pedidos superiores a 500.000 ptas no responde en nuestra opinión, en todos los casos, a «extrema necesidad y una razón de peso». Son materiales muy diversos los que se han comprado siguiendo esta práctica. Por otro lado, no invalida la afirmación de que no es conforme con la Norma de Contratación.

3.17. Párrafo 27.

En ningún momento se ha presentado con exactitud lo pendiente de pago a proveedores al 31-12-82, ni lo gastado por cada servicio, ni presupuesto comprometido a la misma fecha. Además, si disponían de esa información, serían absolutamente injustificables las infracciones a las normas sobre resultas de gastos, muy frecuentes en el ejercicio examinado.

Hasta la fecha no nos ha sido aportada por el Hospital la documentación que muestre el saldo de los proveedores, su evolución en 1983 y su cuadro con las Resultas y gastos presupuestarios.

(Los párrafos 28 y 29 no contradicen las afirmaciones del auditor, a nuestro juicio.)

3.18. Párrafos 30, 31 y 32.

Los objetivos de la auditoría se encuentran definidos, como ya se ha indicado antes, y se expone claramente qué se pretende realizar: «... descubrir los aspectos más problemáticos o que encerrarán un peligro potencial para la eficaz gestión del Hospital de Navarra.» Véase «Finalidad» del Informe de Auditoría.

3.19. Párrafos 32, 34, 35 ... 70.

Ilustran sobre las actividades y cometidos de Farmacia, sobre cuya eficacia se habla en el apartado 7.3.3.4 del Informe de Auditoría. Opinamos que no existe una contradicción, ya que no se discuten las afirmaciones sobre la gestión presupuestaria expuestas en el apartado 6.6.2. sobre Farmacia. Por ejemplo, en el tema de la devolución de los laboratorios Ibis, se pone de manifiesto, a nuestro juicio, que no existió un registro contable conforme a las reglas y criterios generalmente aceptados, ni en ninguna otra devolución o gratificaciones de los proveedores.

No basta el control del jefe, sino que hay que utilizar los mecanismos formales oportunos en una administración pública.

3.20. Párrafo 71.

Seguimos opinando que una reparación de fachadas debe imputarse al capítulo 2 de gastos. Si se estima que hubo una mejora, tendría que haberse cuantificado y aplicado al valor patrimonial.

3.21. Párrafos 72, 73 y 74.

No se han presentado los documentos que justifiquen que admisión comprobaba diariamente los vales. Entendemos que no está definido el proceso de control, documentación a tramitar con sus firmas correspondientes, ni el análisis de las desviaciones.

En el examen efectuado en admisión se comprobó que no coincidían los vales de admisión con los cobros correspondientes de tesorería. Por ejemplo, el día 9 de marzo de

1984, según admisión había 46 vales de cobro y en caja 43. Se justifican las diferencias dos días después. Nadie les había controlado que se hiciese la comprobación, y hablamos de 1984.

3.22. Párrafo 75.

No consta que se haya efectuado un seguimiento del cumplimiento de las cláusulas en cuanto a Cafetería, por ejemplo en el tema de regulación de los precios.

3.23. Párrafo 76.

Se expone una consideración que, efectivamente, ha de tenerse en cuenta.

3.24. Párrafo 77.

Con relación al absentismo, ya se ha señalado que los datos que manejaba la Dirección de Personal del Hospital eran erróneos y que la propuesta de modificación se realizó después de redactarse el Informe. Resulta, en nuestra opinión, peligroso aceptar como razonable un índice superior al 5 %, más aún si se tiene en cuenta que el absentismo registrado es el oficial y no el real. Estimamos que no es exagerado afirmar que el absentismo real es el doble del oficial, según nos ha manifestado el inspector de la Dirección de Personal.

3.25. Párrafo 78.

Con varios meses de antelación se expuso al Director Médico el objetivo de realizar una evaluación del rendimiento del trabajo médico y de las plantillas. El mismo aceptó realizar dicho trabajo, pero no fue entregado. El audi-

tor lo reclamó en diversas ocasiones. No obstante el auditor, con las reservas que se apuntan en el Informe, consideró importante cumplir con el mencionado objetivo, con los datos de que disponía, que se reflejan en el Informe y Anexos. De alguna forma debía evidenciarse la infrautilización de los quirófanos, la inadecuada organización de las consultas, los problemas de distribución del personal, y los déficits estimados de cada servicio. Valoraciones que se supeditan a un mejor estudio.

3.26. Párrafo 79.

El análisis de la enfermería ha sido respaldado literalmente por el Departamento de Enfermería y no ha sido corregido, a pesar de que el mismo Director Médico se comprometió a presentar un estudio mejor, al día siguiente de que se le entregara personalmente en presencia del Director Administrativo.

3.27. Párrafo 80.

La procedencia de las ratios y los factores tenidos en cuenta en el estudio de enfermería se exponen en el Informe mencionado de Enfermería y la contradicción a la que se hace alusión no es tal, en nuestra opinión, porque es bien claro que en la U.C.I., si fuera dotada de medios personales en proporción al trabajo desarrollado, sobrarían siete empleadas de la dotación, pero con la organización actual de servicio durante 24 horas son necesarias.

NOTA ACLARATORIA: La persona que firma las alegaciones (Jefe de Farmacia) no es la misma con que el auditor trabajó hasta el 1 de agosto de 1984.

Informe de la Cámara de Comptos de Navarra acerca de la legalidad de la ejecución presupuestaria que la Diputación Foral ha realizado a través de su Acuerdo de fecha 1 de marzo y del Decreto 20/1984 de la consignación "Fondo de Participación en los Impuestos 40 por 100"

La Mesa del Parlamento de Navarra, en sesión celebrada el día de la fecha, acordó ordenar la publicación del informe, de fecha 29 de

junio de 1984, emitido por la Cámara de Comptos sobre la ejecución presupuestaria que la Diputación Foral-Gobierno de Navarra ha reali-

zado, a través de su Acuerdo de fecha 1 de marzo de 1984 y del Decreto 20/1984, de la consignación del «Fondo de Participación en impuestos 40 %».

Pamplona, 6 de septiembre de 1984.

EL PRESIDENTE: Balbino Bados Artiz.

**Informe
de la Cámara de Comptos de Navarra
acerca de la legalidad de la ejecución
presupuestaria que la Diputación
Foral ha realizado a través de su
Acuerdo de fecha 1 de marzo y del
Decreto 20/1984 de la consignación
“Fondo de Participación en los
Impuestos 40 por 100”**

Por escrito de 7 de junio de 1984, recibido el día 9 siguiente, se nos da traslado del Acuerdo adoptado por V. E. con fecha 1 del mismo mes, solicitando de esta Cámara de Comptos la realización de un Informe en el que se dictamine acerca de la legalidad de la ejecución presupuestaria que la Diputación Foral ha realizado, a través de su Acuerdo de fecha 1 de marzo de 1984 y del Decreto 20/1984, de la consignación del «Fondo de Participación en impuestos 40 %». En su virtud tenemos el honor de elevar a V. E. el siguiente Informe:

A. ANTECEDENTES DE HECHO

1. El Proyecto de Ley de Presupuestos Generales de Navarra para 1984 remitido por la Diputación Foral contenía, en su artículo 27, una modificación de los artículos 112 y 113 de la Norma sobre Reforma de las Haciendas Locales de Navarra (en adelante NRHL) de 2 de junio de 1981.

Como consecuencia de la modificación del artículo 112 de la NRHL, va a variar de forma sustancial la constitución del «Fondo de Participación de los Ayuntamientos y Concejos en los Impuestos de Navarra» que en el año 1984 se nutrirá, como mínimo, con el 10 % de los ingresos realizados por Impuestos Indirectos más el 30 % de los Impuestos Directos a diferencia de su constitución anterior que venía dada, como mínimo, por el 10 % de

los ingresos previstos por Impuestos Indirectos más el 45 % de los Directos.

Por su parte, la modificación del artículo 113 de la NRHL incide sobre la distribución del Fondo, cuyo reparto pasa a ser del 60 % para gastos corrientes, y del 40 % para inversiones en obras de infraestructura, frente a la distribución anterior del 70 % y del 30 % respectivamente.

2. El Proyecto de Presupuestos Generales de Navarra para 1984 establecía, una vez aplicadas las modificaciones de constitución y distribución del «Fondo para Ayuntamientos», una cantidad global de 6.870 millones a repartir a las Corporaciones de Navarra, de los que 4.122 millones integran la parte del Fondo correspondiente al 60 % y 2.748 millones la correspondiente al 40 %.

3. Durante el trámite parlamentario se aprobó una enmienda presentada por el Grupo Parlamentario de Unión del Pueblo Navarro, en la que se proponía un aumento de gasto por importe de 968 millones en la Partida presupuestaria denominada «Fondo de Participación en los Impuestos de Navarra (40 %)», a financiar con una baja de igual cuantía en la Partida denominada «Adquisición de acciones (SODENA) 2.ª Fase Autopista de Navarra».

4. En el volumen denominado Presupuestos Generales de Navarra 1984, editado por la Diputación Foral, figura en el Presupuesto de Gastos e Ingresos, por líneas de contabilidad, correspondiente a la Dirección de Administración Municipal, en la página 5, la línea 1550-5 que recoge 968 millones bajo la explicación de gasto «Otros Proyectos». Esta cantidad, que coincide con la que aprobó en su día el Parlamento de Navarra, a propuesta del Grupo Parlamentario de Unión del Pueblo Navarro, se engloba dentro del Fondo de Participación en Impuestos (40 %).

5. Con fecha 1 de marzo de 1984, la Diputación Foral de Navarra acuerda autorizar gastos correspondientes a diversos proyectos de inversión por un importe global de 216,8 millones de pesetas, con cargo a la partida presupuestaria de 968 millones de pesetas, denominada «Otros proyectos de inversión».

6. Con fecha 9 de abril de 1984 se publicó, en el Boletín Oficial de Navarra, el Decreto Foral 20/1984, de 29 de marzo, en el que se fijan los criterios para distribuir los 751 millones de pesetas, remanentes de la partida de 968 millones.

B. CUESTIONES DE DERECHO

1. La modificación de los artículos 112 y 113 de la NRHL de 2 de junio de 1981, a través de la Ley Foral de Presupuestos Generales de Navarra para 1984, no se ha efectuado, a juicio de esta Cámara de Comptos, siguiendo el procedimiento más adecuado para ello. La utilización de las leyes forales anuales de presupuestos, para alterar el contenido de otras leyes sólo debe producirse con un carácter excepcional y cuando las circunstancias concretas de un año determinado así lo aconsejen, de lo contrario, se desvirtúa el sentido de la Ley de Presupuestos.

Estas circunstancias excepcionales referidas a un sólo ejercicio no creemos concurren en el caso que nos ocupa, pues ya en el proyecto de presupuestos para 1983, rechazado en su totalidad por el Parlamento, estaba planteado el problema al proponer la Diputación la misma fórmula de modificación de los artículos 112 y 113 de la NRHL aprobada en la Ley Foral de Presupuestos Generales de Navarra para 1984. No parece, en definitiva, que se trate de un problema excepcional que se plantee tan sólo para el año 1984, sino que más parece tratarse de un problema de fondo que afecta a más ejercicios que el actual. Por ello, si la Diputación Foral creía oportuno modificar la forma de constituir y distribuir el «Fondo para Ayuntamientos» debió haber remitido el correspondiente proyecto de ley al Parlamento, máxime cuando, como ya se ha indicado, durante todo el año 1983 pudo haberlo hecho.

2. La Enmienda número 57 presentada al Proyecto de Presupuestos Generales de Navarra por el Grupo Parlamentario Unión del Pueblo Navarro, proponía aumentar en 968 millones de pesetas la Partida presupuestaria «Fondo de Participación en los Impuestos de Navarra (40 %)\», financiándose este aumento de gasto con una baja de igual cuantía en la Partida denominada «Adquisición de acciones

(SODENA) 2.ª Fase Autopista de Navarra». Esta enmienda fue aprobada. Sin embargo, la aprobación de esta enmienda por el Parlamento y consiguiente incorporación de los 968 millones de pesetas a la Partida denominada «Fondo de Participación en los Impuestos de Navarra (40 %)\» produce, en opinión de esta Cámara de Comptos, una doble contradicción legal:

a) En primer lugar, contra los artículos 110 y 111 de la NRHL que siguen en vigor, y en los que se establece que el «Fondo para Ayuntamientos» se determina sobre la base de «una participación en favor de los Ayuntamientos y Concejos **en los Impuestos de Navarra**» (Art. 110) y que «con el importe de esa participación se nutrirá un fondo, que será distribuido entre los Ayuntamientos y Concejos, conforme a la presente Norma o a las que apruebe, en cada caso, el Parlamento Foral» (Art. 111). Pues bien, a través de la enmienda núm. 57, aprobada por el Parlamento, se incrementa en 968 millones de pesetas el «Fondo para Ayuntamientos», no a través de fijar mayores porcentajes de participación en los impuestos de Navarra como señalan los artículos 110 y 111 de la NRHL antes citados, sino mediante una baja de igual cuantía en otra Partida presupuestaria de gastos.

b) En segundo lugar, contra el propio artículo 27 de la Ley Foral de Presupuestos Generales de Navarra para el año 1984. En efecto, dicho artículo modifica el 113 de la NRHL, en el sentido de variar los porcentajes de distribución del «Fondo para Ayuntamientos» que para 1984 quedan fijados: en el 60 % repartidos para gastos corrientes en forma directa y el 40 % repartidos para inversiones en obras de infraestructura.

Pues bien, al incorporar los 968 millones de pesetas aprobados por la enmienda núm. 57 se rompe el equilibrio 60 % — 40 % establecido por el artículo 27 citado, ya que el Fondo queda configurado de la siguiente forma:

— Reparto 60 % del Fondo — 4.122 millones de pesetas (52,59 %).

— Reparto 40 % del Fondo — 2.748 millones iniciales + 968 millones incorporados con la enmienda = 3.716 millones (47,41 %).

De esta forma, el Fondo para 1984 queda descompensado alterándose el equilibrio 60-40 fijado por el artículo 27 de la Ley Foral de Presupuestos para 1984.

De hecho, la propia fundamentación de la enmienda núm. 57 presentada por el Grupo Parlamentario Unión del Pueblo Navarro y posteriormente aprobada, recoge la voluntad de

este Grupo de volver a aplicar de alguna forma la redacción inicial del artículo 112 de la NRHL que fijaba los porcentajes de constitución del Fondo en un 10 % de los Impuestos Indirectos, y en un 45 % de los Impuestos Directos, al margen de lo que establecía la Ley de Presupuestos para 1984. Para ello, este Grupo presentó diversas enmiendas encaminadas a lograr que el importe global del Fondo para 1984 ascendiese a 9.292 millones. De esta forma, la parte correspondiente a su 60 por ciento hubiese quedado fijada en 5.575 millones de pesetas y la correspondiente al 40 %, en 3.716 millones. Sin embargo, de las diversas enmiendas presentadas por el Grupo sólo fue aprobada la núm. 57 que proponía incrementar el 40 % del Fondo en 968 millones, elevándolo a la cantidad de 3.716 millones, pero no fueron aprobadas las que pretendían incrementar la parte correspondiente al 60 %. De ahí que quede desequilibrado en relación a los porcentajes fijados por la Ley.

Ello, no obstante, y pese a las contradicciones legales indicadas, debe quedar claro también que el espíritu de la enmienda aprobada y la voluntad del Parlamento, en ese punto, era la de incrementar en 968 millones la parte del Fondo dirigida a proyectos de inversión (40 %).

3. Respecto al Acuerdo de la Diputación Foral de fecha 1 de marzo de 1984, por el que se autorizan una serie de gastos correspondientes a diversos proyectos de inversión, por un importe global de 216,8 millones de pesetas, con cargo a la partida de 968 millones, cabe indicar que no se adecúa a la legalidad vigente. La Diputación Foral carecía, es cierto, de destinos concretos a los que aplicar la partida de 968 millones incorporada al «Fondo para Ayuntamientos (40 %)» a través de la aprobación de la enmienda núm. 57 presentada al Proyecto de Presupuestos Generales de Navarra para 1984. No obstante, la voluntad del Parlamento al aprobar esa enmienda era, como ya se ha indicado, incrementar en 968 millones la parte del Fondo destinada a financiar proyectos de inversión y esta parte del Fondo, según el art. 27 de la Ley Foral de Presupuestos para 1984, se ha de distribuir con arreglo a una serie de criterios a los cuales debió ajustarse la Diputación a la hora de concretar el destino del gasto. Asimismo, la Diputación Foral debió someter este Proyecto a la aprobación del Parlamento mediante el correspondiente Proyecto de Ley que determinara los

programas de inversión a los que destinar aquel importe, al igual que el artículo 28 de la Ley Foral de Presupuestos Generales de Navarra para el ejercicio de 1984, concretaba los programas de inversión a los que destinar el importe inicial del «Fondo para Ayuntamientos (40 %)».

Sin embargo, nada de eso se hace y la Diputación Foral, sin atender a ningún criterio establecido ni someter Proyecto alguno al Parlamento y alegando tan sólo «la urgencia de varios proyectos de inversión que afectan directamente a municipios navarros», procede a distribuir 216,8 millones con cargo a la partida de 968 millones.

No cabe, tampoco, a juicio de esta Cámara de Comptos, hablar de urgencia cuando la Diputación Foral conocía desde primeros de enero de 1984 la incorporación de la partida de 968 millones al «Fondo para Ayuntamientos» y el Acuerdo referido es de fecha 1 de marzo. Bien se podía, en consecuencia, haber remitido al Parlamento para su aprobación, el mencionado proyecto de ley en el que siguiendo los criterios fijados por la Ley para la distribución del 40 % del Fondo, se concretase por proyectos el destino del gasto de los 216,8 millones de pesetas o del importe global de la partida de 968 millones.

4. Por lo que se refiere al Decreto 20/1984 de 29 de marzo, por el que la Diputación Foral establece una serie de criterios a tener en cuenta en la distribución de los 751,2 millones que restaban de la partida inicial de 968, caben hacerse similares consideraciones a las anteriores.

Si, pese a las contradicciones legales, la voluntad del Parlamento al aprobar la enmienda número 57 era la de incrementar la parte del Fondo destinada a proyectos de inversión (40 %), lo que, a nuestro juicio, es indudable tanto por el contenido de la enmienda como por lo expuesto en el debate parlamentario a que dio lugar, y dicha parte tiene unos criterios propios de distribución, carece de sentido el que la Diputación Foral «en uso de su facultad reglamentaria» dicte un Decreto fijando una serie de criterios de distribución de los 751,2 millones remanentes, distintos a los previstos en la Ley Foral de Presupuestos Generales de Navarra para el año 1984. Al igual que en el caso anterior, si la Diputación Foral de Navarra carecía de programas concretos a los que aplicar los 751,2 millones remanentes, debió, siguiendo los criterios fijados para la distribución del 40 %

del Fondo, someter al Parlamento de Navarra para su aprobación el correspondiente proyecto de Ley Foral en el que se concretasen los programas de inversión a los que destinar aquel importe de forma similar a como el artículo 28 de la Ley Foral de Presupuestos para 1984 concretaba los programas de inversión a financiar con el importe inicial del «Fondo para Ayuntamientos (40 %)».

Por último, indicar que las facultades reglamentarias en las que se basa la Diputación Foral de Navarra para dictar el Acuerdo de 1 de marzo y el Decreto Foral de 29 de marzo, deben ejercerse, como señala el artículo 97 de la Constitución, de acuerdo con las leyes. Asimismo, aquellas facultades, se dirigen a facilitar la ejecución de los mandatos del Legislativo, pero no, como en este caso, a fijar criterios distintos de los establecidos por aquél y que van contra su voluntad plasmada en una Ley. La enmienda núm. 57, aunque incurre en contradicciones legales, fue aprobada por el Parlamento de Navarra e incorporada a la Ley Foral de Presupuestos Generales de Navarra para 1984, y esta Ley, conforme a la voluntad del Parlamento al aprobar aquella enmienda, ordena que la partida de 968 millones se incorpore al «Fondo para Ayuntamientos (40 %)» y este fondo prevé unos criterios propios de distribución con arreglo a los cuales se tenía que haber distribuido aquélla. Considerar como hace el Ejecutivo que esa partida de 968 millones no pertenece al «Fondo para Ayuntamientos» y en concreto a la parte del 40 %, supone ignorar la voluntad del Parlamento y contradecir la Ley Foral de Presupuestos Generales de Navarra para 1984.

C. CONCLUSIONES

1. La modificación de los artículos 112 y 113 de la NRHL, a través de la Ley Foral de Presupuestos Generales de Navarra para 1984, aunque formalmente legal, no ha seguido, en opinión de esta Cámara de Comptos, el procedimiento más adecuado para ello y, en gran parte, ha sido causa de los desajustes que

han dado lugar a las actuaciones analizadas en este Informe.

La Diputación Foral que ya, desde el Proyecto de Presupuestos de 1983, buscaba variar el contenido de los preceptos citados, debió a lo largo de ese año presentar al Parlamento un Proyecto de Ley en el que se recogiese la nueva regulación a dar a la constitución y reparto del «Fondo para Ayuntamientos». Sin embargo, al no hacerlo de esa forma y recurrir al Proyecto de Presupuestos Generales de Navarra para 1984, hubo de ajustar las diversas partidas presupuestarias a los nuevos criterios propugnados en el Proyecto, dificultando así la capacidad del Parlamento para que éste pudiese introducir modificaciones a las diversas partidas del Proyecto de Presupuestos presentado ya que el rechazo de esos preceptos, al repercutir en las cifras presupuestadas, obligaba a un importante reajuste en las partidas de gastos.

2. La enmienda núm. 57 presentada por el Grupo Parlamentario de Unión del Pueblo Navarro al Proyecto de Presupuestos Generales de Navarra para 1984, pese a las contradicciones legales antes mencionadas, fue aprobada por el Parlamento y, en consecuencia, incorporada a la Ley Foral de Presupuestos Generales de Navarra para 1984. Esta Ley, por tanto, dispone que sean incorporados 968 millones de pesetas a la partida denominada «Fondo de participación en los Impuestos de Navarra (40 %)», y que sean distribuidos según los criterios previstos para el reparto de aquél.

3. Ni el Acuerdo de la Diputación Foral de 1 de marzo de 1984, ni el Decreto Foral 20/1984, de 29 de marzo, se adecúan a lo preceptuado por la Ley Foral de Presupuestos de 1984. Por el primero se distribuyen 216,8 millones de pesetas para una serie de proyectos de inversión atendiendo, como único criterio, a su urgencia y sin que estos proyectos se sometan a la aprobación por el Parlamento. Por el segundo se establecen diversos criterios de reparto que contradicen los previstos por la Ley Foral de Presupuestos Generales para 1984.

Convocatoria de Concurso-Oposición para la provisión de una plaza de Archivero-Bibliotecario al servicio del Parlamento de Navarra

Nombramiento de Archivero-Bibliotecario

La Mesa del Parlamento de Navarra, en sesión celebrada el día de la fecha, adoptó entre otros, el siguiente Acuerdo:

Finalizado el Concurso-Oposición para la provisión de una plaza de Archivero-Bibliotecario al servicio del Parlamento de Navarra, convocada por Acuerdo de la Mesa de 16 de diciembre de 1983 (Boletín Oficial del Parlamento de Navarra de 21 de diciembre de 1983), conocida la propuesta de nombramiento formulada por el Tribunal Calificador y presentados los documentos a que hace referencia la base undécima de la Convocatoria, procede dar cumplimiento a lo dispuesto en la base duodécima nombrando funcionario de carrera al aspirante que ha obtenido la mejor puntuación.

En consecuencia, se acuerda:

Primero.—Nombrar funcionario del Parlamento de Navarra, con categoría de Técnico, Escala de Técnicos Superiores, Plaza de Archivero-Bibliotecario, al señor aspirante que se relaciona, con expresión de apellidos, nombre y fecha de nacimiento:

D. Luis Javier Fortún Pérez de Ciriza, 7 de julio de 1956.

Segundo.—Determinar que el interesado dispondrá de un plazo de un mes, contado a partir de la publicación del nombramiento de la Mesa, para tomar posesión de su cargo, debiendo prestar el juramento o promesa a que hace referencia el artículo 27 c) del Estatuto de Régimen y Gobierno interior del Parlamento de Navarra.

Pamplona, 6 de septiembre de 1984.

EL PRESIDENTE: Balbino Bados Artiz.

<p>PRECIO DE LA SUSCRIPCION BOLETIN OFICIAL Y DIARIO DE SESIONES</p> <p>Un año 2.500 ptas. Precio del ejemplar Boletín Oficial. ... 50 " Precio del ejemplar Diario de Sesiones. 60 "</p>	<p>REDACCION Y ADMINISTRACION PARLAMENTO DE NAVARRA</p> <p>"Boletín Oficial del Parlamento de Navarra" Arrieta, 12. 3.º 31002 PAMPLONA</p>
--	--