

BOLETIN OFICIAL
DEL
PARLAMENTO DE NAVARRA

II Legislatura

Pamplona, 8 de marzo de 1990

NUM. 16

S U M A R I O

SERIE G:

Comunicaciones, Convocatorias y Avisos:

- Informe de fiscalización económico-financiera del Hospital Reina Sofía, de Tudela, emitido por la Cámara de Comptos de Navarra. (Pág. 2.)
- Informe de fiscalización económico-financiera del Hospital de Estella, emitido por la Cámara de Comptos de Navarra. (Pág. 21.)

SERIE H:

Otros textos normativos:

- Ratificación del Decreto Foral 24/1990, de 1 de febrero, de modificación parcial de las normas reguladoras de los Impuestos sobre el Valor Añadido y Especiales. Ratificación por el Pleno. (Pág. 45.)

SERIE I:

Actividad Parlamentaria:

- Reuniones celebradas en el mes de febrero de 1990. (Pág. 46.)
- Relación de documentos que han tenido entrada en la Secretaría General de la Cámara en el mes de febrero de 1990. (Pág. 47.)

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

Informe de fiscalización económico-financiera realizada en el Hospital Reina Sofía, de Tudela

La Mesa del Parlamento de Navarra, en sesión celebrada el día 5 de marzo de 1990, acordó ordenar la publicación del informe emitido por la Cámara de Comptos sobre la fiscalización económico-financiera realizada en el Hospital Reina Sofía, de Tudela.

Pamplona, 6 de marzo de 1990.

El Presidente: I. Javier Gómara Granada.

Informe de fiscalización económico-financiera del Hospital «Reina Sofía» de Tudela

INDICE

- I. INTRODUCCION.
- II. OBJETIVOS, ALCANCE Y LIMITACIONES.
- III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- IV. ORGANIZACION Y CONTROL INTERNO.
 - IV.1. SISTEMA CONTABLE.
 - IV.2. PERSONAL:
 - 1. Organigrama.
 - 2. Plantilla y contratación.
 - 3. Normativa aplicable.
 - 4. Elaboración, pago y contabilización de la nómina.
 - 5. Otros aspectos.
 - IV.3. ADQUISICIONES.
 - IV.4. FACTURACION.
 - IV.5. COBRO.
- V. ANALISIS ESTADOS FINANCIEROS.
 - V.1. EJECUCION PRESUPUESTARIA.
 - V.2. BALANCE Y CUENTA DE RESULTADOS.
- VI. ANALISIS DE LA ACTIVIDAD DEL HOSPITAL.
 - VI.1. DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD.
 - VI.2. LISTA DE ESPERA.

I. INTRODUCCION

Pendientes de recibir las transferencias sanitarias, la asistencia sanitaria pública se presta en Navarra a través de los centros básicos de salud y, en segundo lugar, se realiza, básicamente, desde la Seguridad Social, utilizando para ello, además

de los suyos, los centros hospitalarios del Gobierno de Navarra: Hospital de Navarra, Hospital de Estella y Hospital de Tudela, así como el Hospital San Francisco Javier para la atención a los enfermos psiquiátricos.

El servicio público de la sanidad foral depende del Departamento de Salud, dentro del cual existe como organismo autónomo el «Servicio Regional de Salud» (S.R.S.), al que sus estatutos asignan «la gestión de los servicios sanitarios dependientes del Gobierno de Navarra, así como su coordinación con los servicios de índole sanitaria existentes en la Comunidad Foral».

Todos los centros se gestionan de forma des-concentrada, aunque bajo la dependencia y dirección del S.R.S.

La organización sanitaria foral ha seguido en líneas generales las pautas de la Ley General de Sanidad, aunque se observa una tendencia hacia la coordinación de actividades (compras, suministros...) desde los órganos del Servicio Regional de la Salud.

Por otra parte, debemos señalar:

— La existencia de una abundante y dispersa normativa probablemente motivada por la ausencia de una norma foral del máximo rango que regule estas materias.

— La existencia de un entramado organizativo complejo, con una gran profusión de órganos colegiados y unipersonales.

La apertura del Hospital «Reina Sofía» de Tudela, se hizo de forma escalonada, iniciando su funcionamiento el día 27 de enero de 1986 (consultas externas) y ampliando sus servicios de manera que en el mes de abril había en funcionamiento 140 camas, cifra que se mantuvo hasta fin de año, incrementándose hasta 150 en abril del año siguiente, siendo éste el número de camas existente en diciembre de 1988.

Tras la apertura del Hospital en 1986, ese año y el siguiente pueden considerarse de implantación, pudiendo tomarse 1988 como su primer ejercicio de funcionamiento normalizado.

El Hospital se encuentra enclavado en el término municipal de Tudela, aproximadamente a 3 kms. del casco urbano, en la carretera nacional Tudela-Tarazona, ocupando un terreno de 50.000 m², de los que 10.000 m² ocupa el edificio, con un total construido de 25.000 m², dedicándose el resto a zona ajardinada y aparcamientos.

El Hospital de Tudela presta servicio a los habitantes del «Area V de Salud», correspondiente aproximadamente a 80.000 potenciales pacientes, vecinos de poblaciones distribuidas en un radio máximo de 25 kms.

El Hospital dispone de:

- Unidad de Consultas Externas.
- Zona Quirúrgica, que dispone de dos paritorios, quirófano de urgencias, tres quirófanos programados, Sala de Despertar y Unidad de Reanimación y Cuidados Especiales (5 camas).
- Tres Unidades de Hospitalización con 145 camas.
- Area de Servicios Centrales, incluyendo Radiología, Laboratorio y Farmacia.
- Unidad de Hemodiálisis, con 7 unidades de diálisis, posteriormente ampliadas a 10.
- Unidad de Rehabilitación.
- Sección autónoma de Urgencias, con una unidad de corta estancia.

El Hospital presta asistencia en las siguientes especialidades:

- Cirugía general.
- Obstetricia y Ginecología.
- Traumatología.
- Medicina interna.
- Oftalmología.
- Otorrinolaringología.
- Urología.
- Pediatría.
- URCE.
- Urgencias.
- Hemodiálisis y
- Rehabilitación (a partir del 89).

Funcionalmente, el Hospital está dividido en:

- División Médica.
- División de Enfermería y Servicios Asistenciales.
- División Administrativa.

En la Junta de Gobierno, órgano máximo, participan la Administración, los Municipios, representantes de los usuarios y representantes de los trabajadores.

El número de personas que trabajó durante 1988 asciende a 360, incluyendo el personal jerarquizado.

II. OBJETIVOS, ALCANCE Y LIMITACIONES

De conformidad con la Ley Foral 19/84, de 20 de diciembre de 1984, reguladora de la Cámara de Comptos, hemos procedido a realizar la fiscalización de gestión económico-financiera del Hospital Reina Sofía de Tudela con la intención de:

— Dar una opinión acerca de los estados financieros del ejercicio 1988,

— Analizar el control interno del Centro, es decir sus políticas y organización, realizando las recomendaciones que estimamos oportunas para su desarrollo o mejora.

— Intentar una aproximación a los resultados de la gestión del Centro.

Con respecto al objetivo de analizar la gestión del Centro, nos encontramos con la dificultad de establecer comparaciones con otros Hospitales, incluso de la misma red foral, ya que los sistemas de información no son totalmente homogéneos.

A partir de 1987, se produce un cambio en el funcionamiento del centro al iniciarse la incorporación del personal jerarquizado, proveniente del INSALUD.

Para realizar esta revisión se han efectuado cuantas pruebas hemos considerado necesarias de acuerdo con las circunstancias.

Queremos, por último, agradecer la colaboración de todo el personal del Hospital de Tudela, lo que ha facilitado la realización de nuestro trabajo.

III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los estados financieros del Hospital de Tudela presentan una serie de peculiaridades (inexistencia de tesorería, cuentas de enlace ...) derivadas de su consideración dentro de los Presupuestos Generales de Navarra y sujeción al régimen de contabilidad pública.

Por ello, la Contabilidad del Hospital es la General del Gobierno de Navarra: el Sistema de Gestión Económico-Financiero (S.G.E.F.). En este sistema, el Hospital tiene la misma consideración que cualquier otro Departamento, presentando estos estados las mismas características que los generales de Navarra (sobre éstos puede verse los diferentes informes sobre las Cuentas de Navarra elaborados por la Cámara de Comptos).

En el balance del Hospital, no se incluye la inversión realizada con anterioridad a su inauguración.

Por los motivos anteriormente expuestos, no nos pronunciamos sobre el Balance y Cuenta de Resultados.

En cuanto al Estado de Ejecución Presupuestaria, cabe señalar la importante modificación sufrida en los gastos de personal, derivada de la presu-

puestación y su no adecuación a nivel de las diferentes partidas, si bien pueden considerarse adecuados a nivel de capítulo económico.

Existe una disociación entre la plantilla oficial, los puestos de trabajo y el personal que realmente presta su trabajo en el Centro. La práctica totalidad de los trabajadores lo son en régimen laboral, estando las retribuciones de los sanitarios homologadas a las del INSALUD, en virtud del convenio firmado con los Sindicatos.

Es destacable el movimiento de personal que se produce en el Hospital, lo cual, dado su tamaño, puede dificultar el asentamiento de determinados servicios.

Se ha comprobado que el pago por «Otros conceptos retributivos», se carga en el de «Horas extraordinarias». Asimismo, que al personal trasladado al y del Hospital se le continúa pagando desde su Centro de origen.

El cálculo de los atrasos derivados del convenio colectivo se realizó manualmente, no quedando un registro claro y suficiente de los mismos.

En cuanto al control interno, entendemos que hay algunas áreas en las que debe terminar de implantarse, como gestión de stocks, forma de contabilizar la facturación y el cobro, o revisarse, como la nómina.

La facturación se realiza en función de los convenios firmados con las diferentes entidades. No todos los convenios se actualizan anualmente. La mayor parte de la asistencia se presta a pacientes del régimen de la Seguridad Social. Las tarifas que paga el INSALUD por esta asistencia no cubren los gastos, lo que provoca un déficit permanente en el Hospital.

El Gobierno de Navarra no paga directamente la asistencia prestada a los beneficiarios de los montepíos forales por lo que estas facturas se anulan a fin de año.

La realización de estudios analíticos de costos debe valorarse positivamente, ya que, a pesar de las dificultades existentes (sistema contable, definición del producto sanitario, etc. ...), permite observar las tendencias de las diferentes secciones y su evolución, así como los aspectos en los que debe establecerse el mayor control, en función de los objetivos. Asimismo, debe destacarse positivamente las encuestas realizadas a los pacientes sobre la asistencia y actividad hospitalaria.

Entendemos que el Hospital dispone de capacidad, al estar situado su índice de ocupación en el 74,9, si bien debe tenerse presente que la estancia media es de 7,5 días.

Uno de los problemas del Hospital, sobre todo durante 1988, en que no se dispuso todo el año de los anestesistas precisos, radica en los quirófanos,

cuya utilización en ese año fue de 2,7 intervenciones por quirófano y día hábil.

En consultas (en el 89), se observan los principales problemas en las de dermatología y traumatología, mientras que en ingresos, las listas de espera tienen su origen en el «cuello de botella» que representan los quirófanos.

En consecuencia, recomendamos:

— Estudiar y, en su caso, revisar el sistema contable de manera que preste toda la información necesaria, tanto a nivel del propio Hospital como del Gobierno de Navarra.

— Actualizar en sus fechas correspondientes los convenios existentes y cobrar la atención prestada a beneficiarios de los montepíos forales. En el caso del INSALUD, cualquier medida que permita ajustar las tarifas a los costos reales.

— Completar el procedimiento de control interno, para lo que conviene:

- Disponer de un programa de gestión de stocks.

- Establecer un sistema de contabilización de la facturación y cobro que, como máximo, se realice mensualmente, y elimine los errores parciales que se observan en algunos saldos.

- * Simplificar el procedimiento de elaboración de nóminas y dejar constancia suficiente y clara de todos los pagos realizados.

— Debe homogeneizarse la plantilla oficial con la real, lo que favorecería una más adecuada presupuestación.

— Deben estudiarse medidas que favorezcan el asentamiento de la plantilla, disminuyendo la rotación existente.

— Los pagos al personal deben efectuarse por los conceptos reales, sin emplear horas extras si no se han realizado. Si se producen traslados de personal, debe hacerse también el traslado de las correspondientes partidas presupuestarias.

— Debe establecerse un modelo de registro claro y suficiente de los atrasos pagados al personal, ya que, por las características del convenio, es probable que éstos se produzcan todos los años.

Es conveniente que estos atrasos puedan calcularse por el propio sistema de nóminas.

— Sería conveniente establecer la forma de calcular un sistema de indicadores para todos los centros hospitalarios de la red foral, de manera que se puedan realizar comparaciones, al menos, en el tiempo.

— Constituyendo los quirófanos el «cuello de botella» del Hospital, deberán estudiarse medidas que permitan su mayor utilización, sobre todo teniendo en cuenta que hay listas de espera y el Hospital no tiene su ocupación saturada.

— Entendemos que sobre todo las medidas relativas a organización, planes de trabajo, programas informáticos, etc., pueden ser comunes para toda la red hospitalaria foral.

— Nos indican en el Hospital que en el año 90 tienen previsto abordar la solución a varios de estos temas (gestión de stocks, adecuación de la plantilla).

IV. ORGANIZACION Y CONTROL INTERNO

IV.1. Sistema contable

El Hospital de Tudela está sujeto al sistema de contabilidad pública, al depender del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. Su presupuesto está integrado en los Presupuestos Generales de Navarra, siendo, por tanto, su sistema contable el general del Gobierno de Navarra, denominado Sistema de Gestión Económico-Financiera (S.F.E.F.), que aplica el Plan General de Contabilidad Pública a la Administración Foral, incluyendo, por tanto, la contabilidad administrativa y la general.

El sistema es descentralizado, funciona en tiempo real, permitiendo obtener los estados financieros para cada uno de los organismos y el consolidado del Gobierno de Navarra, estando sujeto el Hospital a los mismos requisitos que cualquier otra dependencia administrativa para efectuar sus actuaciones económico-contables (intervención, etc.).

Si bien el sistema es descentralizado, la contabilización de la nómina se efectúa desde el Departamento de Hacienda.

La facturación y los cobros se contabilizan trimestralmente, según los cuadros resumen de facturación y cobro que se elaboran mensualmente.

La contabilización de la facturación se realiza

por la diferencia entre la facturación del período y las anulaciones de períodos anteriores.

La gestión de cobro de los deudores insolventes no la realiza el Hospital, sino que su saldo es traspasado a Tesorería del Gobierno de Navarra, encargándose ésta de su cobro.

En lo referente a la contratación, al depender del organismo autónomo Servicio Regional de Salud, éste tiene delegadas determinadas competencias.

El Gobierno de Navarra tiene establecido un sistema de tesorería con caja única, realizándose los cobros y pagos a través de entidades financieras. Por este motivo, los cobros y pagos del Hospital se realizan a través de la Hacienda Foral, realizándose excepcionalmente algunos cobros en el propio Hospital (generalmente de particulares).

Al igual que en el resto de órganos de la administración, no se realizan amortizaciones.

Por todo ello, el balance que se obtiene del S.G.E.F. para cada dependencia, y por tanto también para el Hospital, al existir una serie de actuaciones centralizadas, presenta unas características peculiares como la existencia de «cuentas de enlace». Estas representan el montante de las operaciones que se efectúan centralizadamente por Hacienda para cada dependencia (cobros, pagos, etc.).

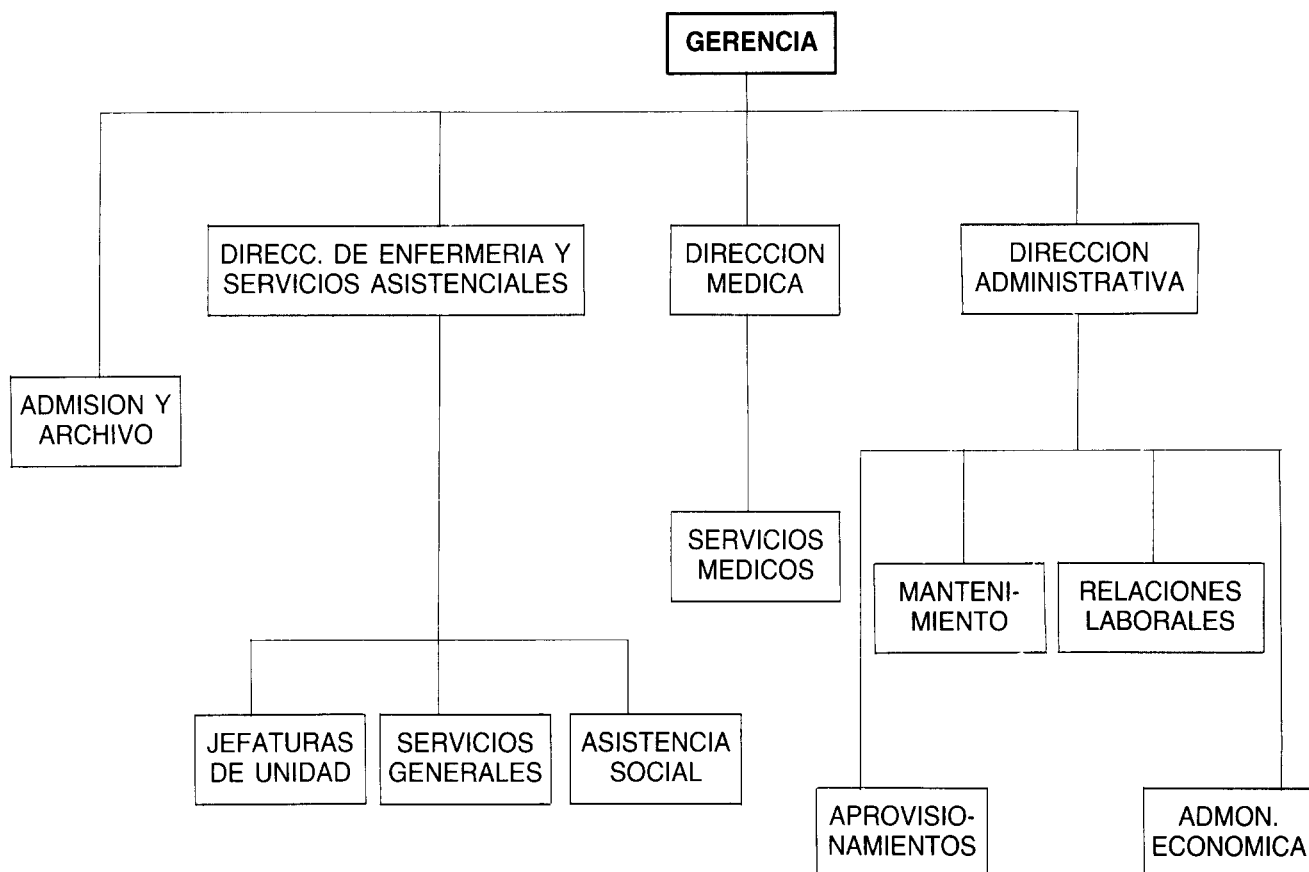
Lógicamente, en el Balance agregado del Gobierno de Navarra estas cuentas compensan sus saldos.

Por otra parte, en el balance no se ha incluido el importe del inmovilizado (obra, instalaciones) adquirido con anterioridad a la inauguración del Hospital, recogiendo únicamente las adquisiciones posteriores.

IV.2. Personal

IV.2.1. ORGANIGRAMA

El Hospital de Tudela presenta el siguiente organigrama:



Actualmente, hay personal que desempeña dos puestos a la vez, como gerencia y dirección médica; dirección administrativa y jefatura de aprovisionamientos; jefatura de servicios generales y administración económica.

IV.2.2. PLANTILLA Y CONTRATACION

La gran mayoría de las contrataciones de personal realizadas por el S.R.S. han sido de personal laboral, categoría a la que, por ello, pertenece la mayor parte del personal del Hospital de Tudela, coexistiendo con algunos funcionarios. Dentro del personal laboral, hay que destacar la importancia que tienen los contratos temporales, tanto para realizar sustituciones como para completar la denominada «plantilla estructural».

Esta «plantilla estructural» es la que el propio Hospital considera necesaria para poder realizar su trabajo, estimando insuficiente la plantilla apro-

bada. Nos indican que está previsto igualar la plantilla oficial a la estructural en 1990.

Además, a partir de 1987, hay una serie de personas que dependen del INSALUD pero prestan sus servicios en el Hospital, los llamados «jerarquizados», en virtud de los acuerdos sobre la coordinación de la asistencia sanitaria entre las administraciones. Esta situación no estaba prevista al realizarse la puesta en marcha del Hospital.

Este personal, lógicamente, tiene diferentes condiciones (horarios, vacaciones...) al estar sometido a diferente legislación.

Los servicios de limpieza, vigilancia y mantenimiento están subcontratados. Así como la lavandería a partir de 1989.

En el cuadro n.º 1 puede verse la composición tanto de la plantilla oficial como de la estructural, así como los puestos de trabajo reales resultan-

tes, incluyendo el personal dependiente del INSALUD y realizando un cálculo para ver el personal que sería necesario si no se tuvieran servicios subcontratados.

Las vacantes existentes en la plantilla salen

publicadas todos los años en la oferta pública de empleo del Servicio Regional de Salud, cubriéndose las plazas del Servicio por oposición o concurso-oposición, tras realizar el preceptivo concurso de traslados.

HOSPITAL DE TUDELA

CUADRO COMPARATIVO DE LAS PLANTILLAS TEORICA Y REAL DEL HOSPITAL «REINA SOFIA», EN 1988

CUADRO N.º 1

	Plantilla Fija Teórica S/DF 193/88	Plantilla «Fija» Real	N.º Personas (1)				N.º Personas del Insalud (2)	Personal Equival. de Serv. Contrat.				Total Personal Equivalente
			Funcionarios	Lab. Fijos	Temporales	Total		Lim-pieza	Mante-nimto.	Segu-ridad	Total	
Personal Directivo Libre Designación.....	4	4	—	—	3	3	—	—	—	—	—	3
Personal Facultativo.....	40	45	—	36	10	46	12,1	—	—	—	—	58,1
Personal Sanitario Titulado.....	101	115	5	78	42	125	8,6	—	—	—	—	133,6
Personal Sanitario no Titulado ..	71	82	6	51	32	89	1,9	—	—	—	—	90,9
Personal Administrativo.....	31	35	—	28	12	40	—	—	—	—	—	40
Personal Servicios Generales....	27	31	5	21	8	34	—	17	12	4	33	67
Total.....	274	312	16	214	107	337	22,60	17	12	4	33	392,60

(1) Se ha tomado el número de personas a 31.12.88 para funcionarios y laborales fijos, y el personal equivalente, en temporales (número de personas de jornada anual completa equivalente al tiempo total de contratos en cada categoría).

(2) Personal equivalente del INSALUD que trabaja en el HRS (según la definición anterior).

Es habitual que el Hospital de Tudela sea un Centro al que se incorporen los nuevos trabajadores y posteriormente se desplacen a otros (Pamplona), tras el oportuno concurso de traslados.

Las plazas no cubiertas y las vacantes que se producen durante el año se cubren mediante personal eventual. Si se prevé que la plaza no puede cubrirse mediante la Oferta Pública de Empleo (O.P.E.) antes de seis meses, se efectúa un contrato de «fomento» de 6 meses, prorrogable hasta 3 años. Si se prevé hacerlo antes, se realiza un contrato eventual por razones de servicio mientras dure la necesidad, prorrogable hasta seis meses.

Las plazas fijas estructurales se cubren con personal contratado por 6 meses prorrogables hasta 3 años. Si pasado este tiempo no se han previsto como fijas en la O.P.E., se contrata a otra persona por el mismo procedimiento.

El sistema que se emplea para la elección del personal eventual es contratar a personas que, habiendo pasado algún tipo de prueba, hayan trabajado anteriormente en el Hospital. Para algunas categorías, como celadores, auxiliares de clínica, etc., se solicita personal al INEM y se les hace un examen en el Hospital para ir contratando a los aprobados por orden de puntuación. En el caso

de servicios que requieran una especialización (ATS Quirófano, por ejemplo), por haber mucha escasez, se contrata a cualquiera de la que se conozca que tiene experiencia. En el caso de las sustituciones de ATS (en verano es muy difícil encontrar sustitutos), tras agotar las listas de aprobados en la O.P.E. de los distintos años, se llama a los ATS que se hayan ofrecido en algún momento para trabajar, aún sin haber superado ningún examen.

IV.2.3. NORMATIVA APLICABLE

Al personal funcionario se le aplica la normativa general de los funcionarios forales.

Al personal laboral se le aplica, para 1988, el Convenio Colectivo suscrito por el Gobierno de Navarra y las organizaciones sindicales CC.OO., UGT, CESM, con fecha 9.5.88.

La comisión negociadora de este convenio acordó, con fecha 29-4-88, aplicar retroactivamente el convenio anterior de 1986, acordado entre el Gobierno de Navarra y la U.G.T., a todo el personal que, en su día, no se adhirió al mismo. Este convenio de 1986 establecía que las retribuciones del personal del S.R.S. serían análogos en su cómputo global anual a las de sus homólogos del INSALUD.

El Convenio de 1988 restringe la mencionada homologación de retribuciones al personal facultativo y sanitario del S.R.S. Esta se concreta por Acuerdo de la Mesa Sectorial de Salud de 24-5-89 firmado entre el S.R.S. y los sindicatos AFAPNA y Sindicato Médico. En este Acuerdo la Administración Foral se compromete a proponer al Parlamento de Navarra la aplicación a todo el personal sanitario de una compensación económica que compense las posibles diferencias existentes entre sus retribuciones y las del personal laboral que ocupe un puesto similar.

IV.2.4. ELABORACION, PAGO Y CONTABILIZACION DE LA NOMINA

No hay un manual escrito de procedimientos a seguir. La elaboración de la nómina sigue dos procedimientos diferentes, según se trate de personal laboral o funcionarios. En el primer caso, la nómina la confecciona el Servicio de Informática del Gobierno de Navarra, en base a los datos que mensualmente le proporciona el Hospital. Los conceptos retributivos fijos para cada categoría son:

- Sueldo base.
- Exclusividad.
- Incompatibilidad.
- Complemento de puesto de trabajo.
- Complemento de destino.
- Complemento compensatorio.

La nómina se cierra el día 20 de cada mes, por lo que es posible que las modificaciones imprevistas surgidas a partir de ese día no se incluyan en la nómina. Estas se detectan con posterioridad comparando la nómina pagada con las altas y bajas efectivamente producidas, corrigiéndose en la nómina del mes siguiente.

Las percepciones variables (nocturnidad, festivos y guardias) se pagan en la nómina del mes siguiente al de su realización. La información sobre quiénes y qué cantidad la proporcionan los jefes respectivos. Para ello, Personal elabora una lista con las personas que han trabajado en ese mes, ordenada por categorías y servicios. Los jefes de cada servicio anotan en ella los diferentes conceptos susceptibles de percepción variable realizados por cada persona. Estos listados generalmente no van firmados. Nos indican que a partir de nuestra actuación se firman.

Los finiquitos, dietas y gastos de viaje se pagan con la nómina del mes siguiente. En los casos de concesión de anticipos y préstamos, los descuentos se realizan de manera automática en las nóminas.

En el Hospital no se hacen horas extras, si bien dos personas cobran por este concepto por razones similares. Una, por ser coordinador de celadores, cargo inexistente en la plantilla, y la otra, por

ejercer de jefe de unidad (supervisora) siendo funcionaria, ya que este cargo está previsto sólo para contratados, cobrando como horas un complemento menor que el del resto de supervisoras.

En los dos casos, los pagos se realizan con autorización del Servicio Regional de Salud, si bien en la actualidad se ha suprimido dicha autorización para el primer caso.

Es evidente que la solución en ambos casos pasa por modificar la plantilla, pero no en pagar mediante el concepto de horas extras remuneraciones correspondientes a otros conceptos.

Las correcciones se incluyen en la nómina del mes siguiente, no quedando registro que justifique dicha actuación.

El proceso de elaboración de la nómina lo resumimos esquemáticamente a continuación:

— Las altas y bajas, así como la información sobre retribuciones variables del mes anterior, se envían codificadas a Informática para su proceso en la primera quincena del mes.

— De Informática se reciben una serie de listados que son revisados y completados, y, junto a las nuevas modificaciones surgidas, se vuelven a remitir a Informática hacia el 20 de cada mes.

— Se reciben los recibos de nómina y distintos listados resumen: 1) Importe líquido por bancos, 2) Listado-resumen, 3) Listado de ficheros del programa, 4) Listado acumulado por meses. Se contrastan los listados 1) y 2) haciéndolos coincidir, y se elaboran, en base al listado 2), los C-21 o documentos contables.

— La no coincidencia de los listados se produce por la posible existencia de nóminas negativas surgidas para corregir retribuciones erróneas de períodos anteriores.

— El jefe de personal revisa los C-21 para hacer comprobaciones a niveles globales de línea presupuestaria, y son firmados por el Director Administrativo.

— Se envían al S.R.S. los C-21 y tres copias de los listados 1) y 2) para su intervención y para que se encarguen de dar la orden de pago.

— Se recibe del S.R.S. la copia del C-21 firmada por el interventor, que se archiva, pasando una fotocopia a contabilidad.

— Se revisan los recibos de nómina por el jefe de personal uno a uno, firmándolos.

— Los recibos de nóminas se firman por el trabajador, quedando una copia firmada en el archivo de personal.

— A principios del mes siguiente, se compara la nómina pagada en el mes anterior con las altas y bajas efectivamente producidas en ese mes para

detectar las que no se hubieran incluido y corregirlas en la nómina siguiente.

En el caso de los funcionarios, la nómina la realiza directamente, como la del resto de los funcionarios, el Servicio de Personal del Gobierno de Navarra.

La información relativa a las retribuciones variables se incluye en las nóminas tras la preceptiva Resolución del Gerente del S.R.S. Durante 1988, ha existido un considerable retraso en el envío de estas resoluciones a Personal.

La contabilización de los gastos de personal se realiza desde el Departamento de Hacienda en base a los documentos C-21 enviados por el Hospital, en el caso de los laborales, y al programa GIP, en el de los funcionarios.

El pago se realiza directamente desde Tesorería, como el resto de pagos del Gobierno de Navarra, mediante transferencia bancaria.

IV.2.5. OTROS ASPECTOS

Existe una descripción de puestos de trabajo del Hospital, con una ficha para cada puesto firmada por el Administrador. En una Nota final se indica que fue aprobada por la Dirección del Hospital tras el visado y conforme de la Dirección del S.R.S. del Gobierno de Navarra y que forma parte del Contrato de Trabajo que habilita para el desempeño del puesto de trabajo.

Cada ficha consta de ocho apartados, que recogen:

1. Denominación del puesto.

2. Categoría.

3. Relaciones de dependencia: de subordinación y de supraordenación, en calidad de línea y en calidad de Staff.

4. Sustituciones.

5. Objetivos del Puesto.

6. Tareas a ejecutar personalmente.

7. Poderes.

8. Varios.

Puede existir algún desfase en las descripciones ya que no se actualizan.

El control de asistencia, sin que exista un sistema general, lo lleva cada jefatura: las supervisoras en enfermería, la dirección médica para los médicos y la administrativa para el resto del personal.

A «Personal» se comunican únicamente los partes de baja temporal que los trabajadores entregan en sus respectivas jefaturas. Se cursan, también, las solicitudes de días libres, vacaciones, ..., que deben ir firmadas por el superior del trabajador.

Entre 1987 y septiembre de 1989 se han producido 84 bajas definitivas, siendo el número ascendente cada año. Se estima que para fin de año se puedan producir aproximadamente otras 30 bajas más.

En el siguiente cuadro, pueden observarse estas bajas clasificadas por categorías profesionales y causas:

BAJAS PERIODO 1987-1989 (SEPTIEMBRE)

	Total	Fin Contr.	Renuncia	Excedencia	Traslado
Jefe Servicio.	1				1
Médico Adjunto.	15		5	10	
A. T. S.	21		1	16	4
T. E. L.	4				4
Aux. Clínica.	16	7		7	2
Celador.	1				1
Jefe Admvo.	2			1	1
Aux. Admvo.	22	4	2	4	12
Cocinero.	1			1	
Asist. Social.	1				1
	84	11	8	39	26

Como se desprende de las cifras, el movimiento de personal es importante, pudiendo dificultar el asentamiento de los diferentes servicios.

IV.3. Adquisiciones

Existe un manual de procedimientos, del año 1986, en el que se establecen cinco diferentes

sistemas de adquisiciones (menores de 100.000 pts., mayores de 100.000 pts., productos farmacéuticos, víveres y aprovisionamientos); en la práctica, los procedimientos utilizados responden a cuatro procesos:

- Compras generales.
- Compras mayores de 1.000.000 pts.

- Compras de productos farmacéuticos.
- Compras de víveres.

En las del sistema general todo el proceso se realiza en el propio Hospital, mientras que las compras mayores de un millón requieren la autorización del Servicio Regional de Salud.

Las adquisiciones de productos farmacéuticos y de víveres, por su especificidad, tienen un procedimiento particular.

Los procedimientos utilizados pueden considerarse adecuados, no habiendo encontrado, en el muestreo realizado, aspectos a destacar. En general, puede decirse que existe una definición y segregación de funciones, con la excepción de que en el caso de los víveres no existe constancia de los pedidos realizados, ya que habitualmente se realizan por teléfono.

Cabe señalar que la actual tendencia del Servicio Regional de Salud es que, para determinados productos de utilización común en la red de asistencia sanitaria, se realicen adjudicaciones globales, de manera que por el volumen puedan conseguirse mejores condiciones y que éstas sean comunes a todos los centros.

No hay establecido un sistema de gestión de stocks, por lo que las necesidades se detectan físicamente, realizándose un inventario anual y un recuento mensual de los productos farmacéuticos más usuales.

Según nos manifiestan, se prevé la implantación de una aplicación informatizada que dé solución a la gestión de stocks.

La salida de medicación a los pacientes se realiza de forma centralizada, existiendo un formulario especial para la petición de estupefacientes.

IV.4. Facturación

La realización de la facturación está condicionada por el funcionamiento del Servicio de Admisión, por lo que es necesario referirse a éste para comentar aquélla.

El Hospital de Tudela dispone de un manual de procedimientos donde, de manera general, se regulan las funciones, relaciones con otros servicios y la normativa general del sistema de admisión.

En la práctica, pueden distinguirse tres casos:

- Ingresos programados.
- Consultas externas.
- Urgencias.

que dependiendo del tipo de paciente, deben presentar diferente documentación, estando los procesos informatizados.

Para realizar la facturación debe tenerse presente el destinatario de la factura, ya que existen

convenios firmados con las distintas entidades. Lógicamente, el principal convenio es el del INSALUD, de donde proceden, aproximadamente, el 85 por ciento de los ingresos del Hospital.

Del análisis efectuado de dichos conciertos, se obtienen las siguientes conclusiones:

— Existen diferencias significativas entre los contenidos de los diferentes convenios.

— Se observa la existencia de convenios que no son actualizados y continúan vigentes los precios de años anteriores.

— El convenio principal, el del INSALUD, se aplica de acuerdo con las condiciones establecidas por Orden Ministerial, en función de la categoría asignada al Centro.

— De la aplicación de dichas tarifas, se observa la notoria diferencia entre los precios y los costos, lo que, dado el volumen de trabajo realizado para el INSALUD, provoca un déficit permanente en el Centro.

— La asistencia prestada a beneficiarios de los montepíos forales presenta una facturación teórica, ya que por el funcionamiento del Montepío y la inclusión del Hospital en los Presupuestos Generales, no se cobran estos importes.

El Hospital no tiene diseñado por escrito un procedimiento de facturación, sino que hay un circuito en el que cada persona conoce sus tareas. Por ello, y debido a la rotación de personal, continuamente debe explicarse el proceso a los nuevos empleados.

La facturación se realiza mensualmente. El número mensual de facturas supera las 5.000. Nos manifiestan la intención de cambiar el actual programa de facturación por otro que necesitaría más medios, lo que dificulta este cambio.

En el anexo se presentan los diagramas de facturación de consultas, urgencias e ingresos del INSALUD, que son los más importantes.

Del muestreo realizado sobre el proceso de facturación no se han observado circunstancias que merezcan comentario especial.

IV.5. Cobro

Como se ha indicado anteriormente, los cobros y pagos del Hospital se realizan a través de la Tesorería de la Hacienda Foral.

Los cobros del Gobierno son notificados quincenalmente a la Hacienda quien distribuye los correspondientes a cada organismo. En el Hospital se elabora manualmente un listado con las facturas cobradas con lo que se les da de baja en los correspondientes registros.

Trimestralmente, acumulándose hasta fin de año, se confeccionan resúmenes de facturación y

cobro, que se utilizan para efectuar la contabilidad, empleándose también con carácter estadístico.

Algunos pagos, generalmente de particulares, se realizan en la caja del Hospital, donde se anotan en el libro de caja, ingresándose periódicamente en el banco, mediante la correspondiente Carta de Pago.

En los casos en que el pago se realiza con talón, el propio Hospital lo ingresa en el banco acompañado de la correspondiente Carta de Pago.

Sin plazos fijos, y en función del trabajo existente, se realizan dos reclamaciones de la deuda antes de enviarla a la Agencia Ejecutiva. El sistema de traspaso es el general para el Gobierno de Navarra, siendo, a partir de este momento, el cobro responsabilidad de la Agencia Ejecutiva.

En los resúmenes trimestrales de facturación y cobro, en los que, lógicamente, se arrastran los saldos deudores por tipo de usuario, se ha observado la existencia de saldos por usuarios negativos. Estos vienen motivados:

— Por errores surgidos al realizar el tratamiento manual de todas las facturas, teniendo que registrar número de facturas, código de usuario, nombre, compañía e importe.

— Por la anulación de facturas, motivadas principalmente por tener que modificar su destinatario (téngase presente que en virtud de los convenios, puede representar importes diferentes), ya que al no presentar el paciente todos los trámites necesarios (volantes, etc.), se le factura como particular y, posteriormente, al presentarlos debe modificarse la factura y enviarla a la entidad aseguradora.

Por deudas pasadas a la agencia ejecutiva, y por lo tanto traspasado a ésta su saldo, que, se cobran en el Hospital.

V. ANALISIS DE ESTADOS FINANCIEROS

V.1. Ejecución presupuestaria

En el cuadro n.º 2 puede verse la ejecución presupuestaria correspondiente al ejercicio 1988 del Hospital de Tudela.

De un presupuesto inicial de 1.276 millones, se pasa a un consolidado de 1.520, lo que representa un incremento de un 19 por ciento, con una ejecución de 1.518 millones.

Los ingresos ascienden a 493 millones, por lo que la diferencia entre los ingresos y gastos presupuestarios se eleva a 1.024 millones. Este importe nos indica claramente el déficit estructural del Hospital, derivado, básicamente, de la diferencia entre el precio pagado por el INSALUD por la asistencia prestada a sus pacientes y su costo real, e incrementado por la facturación realizada a los montepíos forales, que no se cobra.

GASTOS DE PERSONAL

El capítulo de gastos de personal es el más importante (64,5 por ciento de la ejecución), habiendo sufrido un incremento sobre el presupuesto inicial del 34 por ciento.

Este incremento nos indica que la cifra del presupuesto inicial no se ajustaba a la realidad, debido a la diferencia entre la plantilla oficial y la denominada estructural (aspecto éste ya analizado) y la dependencia salarial del INSALUD, al existir un convenio laboral que homologa las retribuciones. Esta homologación supuso pagar durante 1988 en concepto de atrasos, 132 millones.

Es indudable que el que no dependa de la Administración Foral, debido al convenio firmado con los sindicatos, la fijación del salario de los trabajadores dificulta la elaboración del presupuesto.

EJECUCION PRESUPUESTO 1988 HOSPITAL DE TUDELA

CUADRO N.º 2

	En miles			%
	Pto. Inicial	Pto. Consolidado	Ejecutado	
GASTOS:				
I. Personal	732.616	979.469	979.469	64,5
II. Compras de Bienes y Servicios	433.000	419.494	418.697	27,5
IV. Transf. Corrientes	100	600	594	—
VI. Inversiones	110.000	120.000	119.326	8
TOTAL	1.275.716	1.519.563	1.518.086	100,0

	En miles			%
	Pto. Inicial	Pto. Consolidado	Ejecutado	
INGRESOS:				
III. Tasas y Otros Ingresos.....	497.186	497.186	493.532	
TOTAL	497.186	497.186	493.532	

TOTAL GASTOS..... 1.518.086

TOTAL INGRESOS..... 493.532

DIFERENCIA..... 1.024.554

Del muestreo realizado para la revisión de los gastos de personal, se observa:

— El importe de las retribuciones se calcula de acuerdo con la legalidad vigente, con la excepción del pago inadecuado de horas extras como compensación a puestos de responsabilidad.

— No se han guardado registros claros y suficientes del proceso seguido para el pago de atrasos. Sería deseable que se dejara constancia escrita de la normativa que ha dado origen al pago, criterios de cálculo, datos utilizados, revisión de los cálculos, etc.

— Las retenciones de IRPF y Seguridad Social se han encontrado adecuadas, con la peculiaridad de que los pagos de atrasos se aplican a la cotización de la Seguridad Social en la nómina en que se pagan y no en los meses en que se devengaron.

— En cuanto a la contabilidad presupuestaria, hay que indicar que el importe global del capítulo responde a los gastos de personal habidos, con las salvedades siguientes:

* Se imputan al Hospital las retribuciones de un trabajador trasladado en marzo de 1988 al Hospital Psiquiátrico.

* No se imputan las retribuciones de funcionarios trasladados al Hospital con anterioridad al año 1988, desde el Departamento de Obras Públicas.

— A nivel de partida presupuestaria, sin embargo, la ejecución no responde a la realidad, tanto por errores al confeccionar los documentos contables como por una incorrecta presupuestación, lo que ha llevado a imputarlos a líneas similares cuando se había agotado el crédito presupuestario. Además, ha influido el contabilizar en una sola línea un mismo concepto, cuando presupuestariamente existía más de una línea.

Más tarde, se ha optado por cargar el gasto en las líneas adecuadas y con posterioridad realizar las modificaciones precisas.

Sobre estos aspectos de la contabilización de personal, pueden verse los comentarios efectuados por la Cámara de Comptos en los diferentes informes sobre las Cuentas Generales de Navarra.

GASTOS EN BIENES CORRIENTES Y SERVICIOS

Con un presupuesto inicial de 433 millones y un consolidado de 419, presenta un ejecutado de 419 millones, esto es, el 27,5 por ciento del total ejecutado.

	En millones
Los conceptos más importantes son:	
— Reparaciones y conservación.....	41,6
— Fármacos.....	55,6
— Material sanitario.....	97,4
— Otros productos químicos.....	43,1
— Productos alimenticios.....	29,9
Servicios contratados:	
— Limpieza.....	34,9
— Mantenimiento.....	29,—
— Vigilancia.....	10,1

En el muestreo realizado, no hemos observado aspectos significativos a destacar, encontrándose, en general, correcto el procedimiento, aunque sería deseable que se incluya en el archivo de documentos, junto a la factura, la hoja de pedido.

INVERSIONES

Las inversiones del Hospital, con un presupuesto inicial de 110 millones y un consolidado de 120 millones, ascienden a 119,3 millones.

Vienen recogidas en tres líneas contables:

— Obras nuevas.....	33,3 millones
— Equipos médicos.....	80,5 millones
— Mobiliario.....	5,5 millones
	119,3

Si la inversión supera el millón de pesetas, es necesaria la Resolución del S.R.S., y si supera los diez millones se efectúa concurso público. La mayor parte de las adjudicaciones se efectúan mediante adjudicación directa.

En los casos en que interviene el S.R.S., parte de la tramitación la realiza este último (contrato, fianza ...), por lo que los expedientes se encuentran divididos.

En el muestreo realizado, no se han observado aspectos destacables.

INGRESOS

Los ingresos presupuestarios partían de un presupuesto inicial y consolidado de 497 millones, habiendo alcanzado una ejecución de 493,5 millones, de los que 2,5 corresponden a ingresos por el arrendamiento de la cafetería, teléfono y venta de la plaza obtenida de la reconversión de los líquidos de placas de rayos.

El importe principal corresponde al INSALUD, con 444,5 millones, que representan el 90 por ciento de los ingresos; sin embargo, hay que mencionar que no se incluye en los ingresos facturación por aproximadamente 30 millones, correspondiente a la asistencia sanitaria a personal del Gobierno de Navarra y a la prestada bajo el régimen de beneficencia.

V.2. Balance de situación y cuenta de resultados

El balance y la cuenta de resultados obtenidos a

partir del SGEF, que presentamos en los cuadros núms. 3 y 4, tienen las características ya comentadas en el epígrafe de Organización y Control Interno.

En el inmovilizado, se incluyen únicamente las incorporaciones realizadas a partir de la inauguración del Centro (1986), no recogiendo, por tanto, el anterior.

En el año 1987, se hizo un cálculo del valor de esta inversión, resultando los siguientes datos, en función de los pagos realizados:

Terrenos	5.900.000
Edificios	1.048.893.417
Maq., Inst. y Util.	204.272.873
Mobiliario y Ens.	46.356.435
Equipos proc. inf.	40.904.359
	1.346.327.084
Otros Gtos. Amort.	97.214.764
	1.443.541.848

Este inmovilizado se encuentra contabilizado en el global del Gobierno de Navarra.

Nos indican que el Servicio Regional de Salud pretende realizar un inventario de todos los Hospitales.

El Importe de las existencias se obtiene por recuento a fin de año. Como ya hemos indicado anteriormente, no está establecido sistema de gestión de stocks.

BALANCE DE SITUACION A 31-12-88

CUADRO N.º 3

ACTIVO		PASIVO	
Edificios	2.496.473	Patrimonio Afectación	421.381.957
Maquinaria	68.096.530	Acreedores	63.035.463
Transporte	1.463.280	Seguridad Social	2.886.580
Mobiliario	169.649.573	Fianzas	354.256
Equipos Informáticos	566.654	Cuentas Enlace	1.509.905.997
Otro Inmovilizado	5.811.885		
Edificios en curso	147.605.368		
Maquinaria en montaje	3.111.618		
Existencias	72.128.947		
Deudores	173.149.185		
Cuentas Enlace	520.385.308		
Resultados	833.099.432		
TOTAL	1.997.564.253	TOTAL	1.997.564.253

HOSPITAL DE TUDELA

CUADRO N.º 4

CUENTA DE RESULTADOS A 31-12-88

Cuenta Resultados		Ejecución Presupuestaria		Diferencia
(70) Ventas	490.977.343	Ingresos	493.531.917	—
(73) Ing. Accesor. de la Expl.	2.554.574			
Existencias Finales				
	72.128.947			
Resultado				
	833.099.432			
	<hr/>			
	1.398.760.296			
(61) Gastos Personal	982.913.473	Cap. 1: Personal	979.468.911	- 3.444.562
(60) Compras	245.693.727			
(64) Trab. Sum. y Serv. Exter.	154.575.009			
(66) Gastos Diversos	14.983.955	Cap. 2: Compr. Bienes	418.697.253	+ 3.444.562
(67) Transfer. Corrientes		Cap. 4: Transf. Corr.	594.132	—
	415.252.691			
	594.132			
	<hr/>			
	1.398.760.296			0

En el saldo de deudores, 173 millones, cuya principal partida, 139 millones, corresponde al INSALUD, no se han incluido las deudas pasadas a la agencia ejecutiva, ya que su gestión de cobro la realiza Hacienda, ni las deudas por la asistencia prestada a trabajadores del Gobierno de Navarra, que, como venimos diciendo, no se cobran.

Recuérdese lo ya comentado en el epígrafe de Organización y Control interno sobre la contabilización de la facturación y cobro y las pequeñas diferencias existentes en los saldos parciales de deudores.

Las cuentas de enlace y el patrimonio de afectación surgen por el sistema contable utilizado, quedando su saldo anulado en el balance consolidado del Gobierno de Navarra.

En cuanto a la cuenta de resultados, puede observarse su adecuada correspondencia con las partidas de contabilidad presupuestaria. La diferente imputación entre el capítulo 1 presupuestario y los gastos de personal se debe a unas dietas, que presupuestariamente son capítulo 2 y en la general corresponden a gastos de personal.

Debe tenerse presente que este año se han incluido las existencias finales en el resultado y el año anterior no, por lo que, en ese importe, se producen menores pérdidas en este ejercicio.

Como puede observarse, hay una notable diferencia entre el resultado presupuestario y el de la cuenta de resultados, derivado de los diferentes conceptos que recogen ambos estados contables.

VI. ANALISIS DE LA ACTIVIDAD DEL HOSPITAL**VI.1. Datos sobre la actividad**

Es indudable la dificultad de valorar mediante fríos números la asistencia sanitaria prestada por un Hospital, dificultad proveniente de la propia definición de «producto sanitario», de la complejidad y diversidad de los datos a analizar, así como de la subjetividad de los pacientes sobre la asistencia recibida.

No obstante, siquiera a efectos informativos, presentamos una serie de índices que ayudan a valorar la actividad del Centro.

Para homogeneizar la actividad se utiliza la unidad básica de actividad (UBA), que se define como:

1 estancia =	1	UBA
1 urgencia =	0,5	UBA
1 primera visita =	0,5	UBA
1 visita sucesiva =	0,25	UBA

Antes de realizar cualquier tipo de comparación debe analizarse la homogeneidad de los datos, en la que influye el funcionamiento de cada hospital. Por citar alguno de los factores que debe tenerse presente, hay que considerar:

— Si en el cálculo de UBAS se considera toda la actividad, incluyendo la de laboratorio, rehabilitación, hemodiálisis, etc. ...

— Si en el caso de que el hospital realice docencia, se tiene ésta en cuenta.

— Si se considera el personal equivalente, en los casos en que hay servicios subcontratados.

— El tratamiento del inmovilizado y las políticas de amortización.

— La valoración de las intervenciones, según se practiquen con anestesia local o general, etc. ...

En nuestro caso, hemos utilizado los datos de la memoria del centro, incluida en la del Servicio Regional de Salud, así como los del estudio

interno de costos realizado en 1989, respecto al año 1988. A este respecto, debemos señalar que se observan pequeñas diferencias entre los datos de ambos informes.

A pesar de todo lo anteriormente reseñado, creemos que la presentación de estos datos puede ayudar a una mejor comprensión de la actividad del Hospital.

$$\text{Indice Ocupación: } \frac{\text{N.º Estancias} \times 1 \text{ año}}{\text{N.º Camas} \times \text{n.º días}} = \frac{41.015 \times 100}{150 \times 365} = 74,91$$

$$\text{Rotación Enfermo/Cama: } \frac{\text{Total Ingresos}}{\text{Total Camas}} = \frac{5.444}{150} = 36,29$$

$$\text{Estancia Media: } \frac{\text{Total Estancias}}{\text{Total Ingresos}} = \frac{41.015}{5.444} = 7,53$$

$$\text{Relac. Sucesivas-Primeras Consultas: } \frac{\text{Cons. Suces.}}{\text{Prim. Cons.}} = \frac{37.810}{12.140} = 3,11$$

$$\text{Interv. Programadas al Día: } \frac{\text{Interv. Programadas}}{\text{N.º Días Activ. Program.}} = \frac{1.996}{243} = 8,21$$

Se consideran (52 semanas \times 5 días) – 17 días festivos

$$\text{Interv. Progr. por Día y Quiróf.: } \frac{\text{Interv. Program.}}{\text{N.º Días} \times \text{N.º Quir.}} = \frac{1.996}{243 \times 3} = 2,7$$

$$\text{Urgencias por Día: } \frac{\text{Total Urgencias}}{\text{Total Días}} = \frac{18.597}{365} = 50,95$$

$$\text{Ingresos por Día: } \frac{\text{Total Ingresos}}{\text{Total Días}} = \frac{5.444}{365} = 14,91$$

$$\text{Presión Urgencias: } \frac{\text{Ingr. de Urg.} \times 100}{\text{Total Ingr.}} = \frac{3.732 \times 100}{5.444} = 68,55$$

$$\text{Porcentaje Urg. Ingresadas: } \frac{\text{Urg. Ingr.} \times 100}{\text{Total Urgenc.}} = \frac{3.732 \times 100}{18.597} = 20,06$$

$$\text{Partos por Día: } \frac{\text{Total Partos}}{\text{Total Días}} = \frac{654}{365} = 1,79$$

Incluye las cesáreas:

$$\text{Partos por Parit. y Día: } \frac{\text{Total Partos}}{\text{Total Días} \times \text{Total Parit.}} = \frac{654}{365 \times 2} = 0,89$$

Según la memoria el número de UBAS es:

			Coefficiente	UBA
Estancias	41.015	×	1	41.015
Urgencias	18.597	×	0,50	9.299
1.ª Visita	12.140	×	0,50	6.070
2.ª Visita	37.810	×	0,25	9.452
				65.836

$$\text{UBA por Cama: } \frac{\text{Total UBAS}}{\text{Total Camas}} = \frac{65.836}{150} = 438,9$$

$$\text{UBA Hospitalización por Cama: } \frac{\text{Total UBAS Hosp.}}{\text{Total Camas}} = \frac{41.015}{150} = 273,43$$

$$\text{UBAS Ambulatorio por Cama: } \frac{\text{Total UBAS Ambulat.}}{\text{Total Camas}} = \frac{24.821}{150} = 165,47$$

$$\text{UBA por Empleado: } \frac{\text{Total UBA}}{\text{Total Empleado}} = \frac{65.836}{360} = 182,87$$

$$\text{UBA por Empleado: } \frac{\text{Total UBA}}{(1) \text{ Total Empleado}} = \frac{65.836}{392} = 167,94$$

(1) Se considera el personal equivalente de los servicios contratados.

$$\text{UBA por Facultativo: } \frac{\text{Total UBAS}}{\text{N.º Facultat.}} = \frac{65.836}{58} = 1.135,10$$

$$\text{UBA por Pers. Sanit. Titul.: } \frac{\text{Total UBAS}}{\text{N.º Pers. Sanit. Titul.}} = \frac{65.836}{134} = 491,31$$

$$\text{UBA por Pers. Sanit. no Titul.: } \frac{\text{Total UBAS}}{\text{N.º Pers. Sanit. no Titul.}} = \frac{65.836}{91} = 723,47$$

$$\text{UBA por Personal no Sanit.: } \frac{\text{Total UBA}}{(2) \text{ N.º Pers. no Sanit.}} = \frac{65.836}{107} = 615,28$$

(2) Incluye el personal equivalente de los servicios contratados.

$$\text{Índice Personal por Cama: } \frac{(3) 392}{150} = 2,61$$

(3) Incluye el personal equivalente de los servicios contratados.

En el primer trimestre de 1989, se realiza un estudio de costes del Hospital, aunque los datos del estudio no coinciden exactamente con los de la memoria. Para ello, se consideraron 24 secciones: 4 «complementarias», 11 «auxiliares» y 9 «productivas». Tras establecer los criterios de reparto de los gastos entre las diferentes secciones, y la forma de imputar las inversiones y las amortizaciones entre ellas, se calculan los siguientes costes por secciones:

- costo de explotación
- costo íntegro (coste explotación + inversiones + amortizaciones)
- costo neto (costo íntegro – ingresos).

Los costos que resultan son los siguientes:

Costo por UBA:

- De explotación 19.846
- íntegro. 21.646
- neto. 15.943

Según la memoria del SRS, el costo por UBA asciende a 24.253 pesetas.

Esta diferencia se debe a que los datos utilizados no son homogéneos.

El problema general del Centro radica en que los ingresos provenientes del INSALUD no cubren el 50 por ciento del costo de la estancia, que supera las 20.000 pesetas.

De las encuestas realizadas a los pacientes y usuarios se desprende, en general, un aceptable nivel de satisfacción con el servicio prestado.

VI.2. Listas de espera

Las listas de espera se gestionan de diferente manera según sean:

A) Consultas externas:

Se gestionan desde Admisión mediante un programa «informático». Este tiene una duración trimestral y proporciona, en todo momento, una visión de los días de consulta que tiene cada especialista o especialidad, y las plazas libres que quedan para cada día, tanto para primeras visitas como para sucesivas y para especiales (plazas libres para quien no pueda esperar hasta el primer día disponible en visitas sucesivas). El número de visitas de cada tipo que se van a realizar cada día de consulta es definido por el correspondiente servicio médico.

Tras solicitar visita, lo que puede hacerse telefónicamente, se le cita para el primer día libre o el día que le convenga al paciente. En los casos de visitas sucesivas, es habitual solicitarla para el plazo en que se tengan que realizar, por lo que la existencia de pacientes en lista no quiere decir necesariamente que exista retraso.

Al ser el programa informático de duración trimestral, en cuanto se cubre un trimestre completo de consultas, ya no se sigue citando, sino que se pide al enfermo que vuelva a solicitar su consulta cuando entre en vigor el próximo programa de citas, es decir, que en esos casos la espera no es la controlada por admisión, sino mayor, aunque no podemos saber cuánto.

Se solicitó la lista de espera a 1 de octubre, en que estaba en vigor el programa del período 1 octubre-22 diciembre 1989, fecha de la última consulta programada, habiendo aceptado llamadas para estas fechas desde mediados de septiembre. En las especialidades ya cubiertas (trauma y dermatología) se indica a los nuevos solicitantes que vuelvan a llamar a mediados de diciembre para darles citas para el período enero-marzo.

Dicha lista es la siguiente:

Especialidad	Días Nat. Demora	N.º Pacientes 1.ª Visita	Observaciones
Med. Interna	44	43	No hay Cardl.
Digestivo	24	66	
Hematología	31	2	
Cardiología	—	—	
Nefrología	16	2	
Neurología	18	44	
Endocrinología	51	59	
Reumatología	35	41	
Dermatología	83	240 (*)	
Pediatría	21	71	
Rehabilitación		58	Vacac. 12.X/16.XI (*) A 20.X.89 Sólo progr. hasta 6.XI en la semana del 14.X
Cirugía General	8	23	
Traumatología	83	583	
Obstetricia	40	65	
Ginecología	21	52	

Especialidad	Días Nat. Demora	N.º Pacientes 1.ª Visita	Observaciones
O. R. L.	23	76	(**)A 5.X.89/vacaciones del 6.X/6.XI
Urología	6	23	
Oftalmología.	61 (**)	82	

En los casos de *TRAUMA* y *DERMATOLOGIA*, los días de espera son los máximos que cubren el trimestre, es decir, que sólo podemos decir que al menos hay esos días de espera. Hemos trabajado con las listas de espera de primeras consultas, ya

que en las revisiones los días de espera o el número de pacientes en espera no tienen el mismo significado.

También existen listas de espera para la realización de las exploraciones especiales siguientes:

	Días Nat. Demora	N.º Pacientes 1.ª Visita	Observaciones
Espirometrías.	36	36	a 10.X.89
Laboratorio.	6	417	No se hacen por no haber Cardiól.
Ergometrías.			
Ecocardiografías.		} El control de la lista es manual	
Estudios Digestivos.	21		
Urografías.	15		
Ecografías.	25		
Mamografías.	8		

B) Ingresos:

Según los datos anteriores, el 68 por ciento de los ingresos se realizan por urgencias para los que no hay espera. Del resto de ingresos, los que son para tratamiento no tienen espera, dado el nivel de ocupación, mientras que hay espera en los que tienen por objeto la intervención quirúrgica, ya que es en el quirófano donde se produce el «cuello de botella».

Estas listas las gestiona cada servicio directamente, no siguiendo un orden de preferencia cronológico, sino en función de los diagnósticos.

La programación de las intervenciones se efectúa semanalmente por cada equipo. Se dan casos en que al llamar a un paciente, éste se niega a ingresar en ese momento.

El número de operaciones programadas cada semana depende del número y tiempo de anestesisas disponibles esa semana.

El Director Médico nos ha proporcionado los datos siguientes, ya corregidos en aquellos casos en que hay pacientes que han renunciado a su turno:

	Días Nat. Demora	N.º Pacientes Lista Espera	Observaciones
Cir. General.	100	70	—El Servicio comenzará en Noviembre—
Traumatología.	180	200	
Ginecología.	20	20	
Urología.	20	20	
O. R. L.	20	20	
Oftalmología.			

No se dispone de datos de los pacientes de cupo del INSALUD, atendido por médicos de este organismo.

Debe tenerse en cuenta que ha de transcurrir un tiempo entre la decisión de operar y la operación, para realizar pruebas al paciente.

QUIROFANOS

El quirófano es el cuello de botella que provoca en gran medida la existencia de listas de espera. En 1988, se vio agravada esta circunstancia por la carencia durante parte del año de anestesisas.

Hay tres quirófanos para intervenciones programadas y uno para urgentes.

Los primeros funcionan de lunes a viernes con horario de 8 a 15.

Cada quirófano precisa de:

- 1 anestésista
- 2 A.T.S.
- 1 cirujano
- 1 ayudante

compartiéndose, además, 1 A.T.S. y 1 celador entre todos los quirófanos.

Su utilización se reparte de la siguiente manera:

Especialidad	n.º días	Día
O.R.L.	1	Lunes
Traumatología	5	Todos
Cirugía General	5	Todos
Urología	2	Martes, Jueves
Ginecología	1	Miércoles
Cupo INSALUD	1	Viernes

Durante 1988, se practicaron las siguientes intervenciones:

- Programadas 1.996
- Urgentes 941

2.937

Se realizaron: — con anestesia local 1.068
— con anestesia general 1.869

2.937

Como ya se ha indicado, el número de intervenciones programadas por quirófano y día hábil (243) es:

$$\frac{1.996}{243 \times 3} = 2,7$$

En el caso de las urgentes, este índice sería:

$$\frac{941}{365} = 2,57$$

Pamplona, enero de 1990.

El Presidente: Mariano Zufía Urrizalqui.

ALEGACIONES DE LA GERENCIA DEL HOSPITAL REINA SOFIA DE TUDELA AL INFORME PROVISIONAL EMITIDO POR LA CAMARA DE COMPTOS DE NAVARRA EN RELACION A SU FISCALIZACION ECONOMICA FINANCIERA

Me adelanto a transmitirle la sorpresa (y no desagradable) que nos ha producido comprobar que el Informe, aunque aparentemente centra su

fiscalización en el aspecto Económico-Financiero, por los objetivos que define en su primer apartado y por el contenido del propio Informe, acaba resultando una Auditoría funcional y global del Hospital.

Este hecho que en sí mismo es una gran aportación por parte de la Cámara de Comptos, tropieza con dos dificultades importantes al tratar de aplicarlas a un Centro Hospitalario, y además con solamente un trienio de funcionamiento.

Y lo creemos así porque, al intentar analizar el control interno del Hospital, es decir «analizar sus políticas y organización», han aparecido algunas facetas incompletas, otras desarrolladas deficientemente y otras en trance de modificación, producto todo ello, no tanto de las políticas o de la organización como, de la inherente dificultad de puesta en marcha de un Centro Hospitalario. Por esta razón las recomendaciones que realiza su Informe coinciden casi linealmente con las actuaciones del año 90, que ya se planificaron en el mes de julio de 1989.

Por otro lado, acercarse a los resultados de la gestión obliga indefectiblemente a establecer tablas comparativas. Ante la dificultad de comparar con otras Organizaciones Hospitalarias, es obligado referirse a la evolución en el tiempo, al menos del propio Hospital.

Por todo ello, y con la única intención de situar el contenido de su Informe en el devenir temporal de nuestra Organización, me permito hacer un pequeño relato de lo que el Hospital ha ido afrontando en el primer trienio de su funcionamiento.

El Hospital Reina Sofía comienza su actividad en febrero de 1986, y puede considerarse que entra a una actividad razonable desde el mes de enero de 1987. Ya en abril del 87 incrementa de 145 a 150 la oferta de sus camas. En octubre del mismo año, abre una nueva Unidad (Hemodiálisis), y en noviembre comienza el proceso de integración de especialistas del Insalud. Este proceso que ha supuesto el cambio de actividad más importante, se desarrolla en tres fases consecutivas (noviembre 87, febrero 88 y junio 88).

En el mes de enero de 1989, se abre la Unidad de Rehabilitación, en el mes de junio de este mismo año se produce la unificación del Laboratorio y ya en el mes de diciembre se finaliza el equipamiento de la Unidad de Hemodiálisis.

Como expresión del cambio producido me permito añadir los crecimientos porcentuales en la actividad obtenidos en el trienio 87-89:

Ingresos	14%
Urgencias	29%
Primeras visitas	461%
Visitas sucesivas	285%
U.B.A.'s	26%

Interconsultas	31%
Intervenciones Q.	10%
Determinaciones:	
Bioquímica	203%
Microbiología	98%
Hematología	202%
Estudios Radiológicos	232%
Endoscopias	93%

Estos resultados, sin entrar en la dualidad de que o bien el Hospital en el año 87 estaba infrautilizado, o bien en el 89 está sobrecargado, son simplemente indicativos de que el trienio 87-89 debe ser considerado como un período de arranque, adaptación a las demandas sanitarias del Area V, y consolidación de las actividades.

El Hospital Reina Sofía, como cualquier otra organización hospitalaria resulta difícil de comparar a nivel de gestión, y en este sentido los gestores de los Centros hacemos permanentes esfuerzos por encontrar índices, tasas..., relaciones que nos permitan comparaciones. Ya su Informe hace mención a la conveniencia de que toda la red hospitalaria foral establezca unos ratios homogéneos para las comparaciones. Las Memorias de los Centros y del Servicio Regional de Salud son una expresión de este deseo, que no resulta nada fácil al contar con Centros naturalmente diferentes, y naturalmente sometidos a cambios, como es el caso del Hospital Reina Sofía.

Los cambios indicados, planificados en el tiempo, afectan a una organización de por sí compleja, como es la Hospitalaria.

No debe resultar extraño, por lo tanto, que tal y como acertadamente sugiere su Informe, queden por completar algunos procedimientos de control interno. Dos de los que mencionan, gestión de stocks y elaboración de nóminas han sido ya implantados y esperamos sus resultados.

Del mismo modo algunos de los ya existentes deben ser reforzados o retocados, y por ello valoramos muy positivamente sus sugerencias en relación con las carencias detectadas en la contabilización y registro de los atrasos en las nóminas.

Recogemos igualmente sus sugerencias en relación a facturación y cobro, aunque deseo aclarar, ya que el Informe no resulta claro en estos aspectos, que el Hospital realiza la facturación de los pacientes de montepíos forales y beneficencia municipal, y que realiza hasta dos reclamaciones de deuda con anterioridad a remitirlas a la Agencia Ejecutiva.

Siguiendo con algunas aclaraciones, y en la misma línea argumental referida anteriormente en relación con el trienio de puesta en marcha, adaptación y consolidación de la actividad, debo explicar que resulta coherente la existencia de una parte de la plantilla, que nosotros denominamos estructural

y que oscila en torno a un 15% del total, que no estando recogida en plantilla oficial es considerada por el Centro como necesaria para realizar las tareas. Este apartado viene a recoger anualmente los reflejos en plantilla de hechos tan variables como la apertura de nuevos servicios, incrementos o decrementos imprevistos de actividad, acuerdos laborales con disminución de jornada efectiva..., que no pueden ser recogidos por la única forma de cubrir de forma estable la plantilla, esto es, la Oferta Pública de Empleo que tiene carácter anual.

En estos momentos estamos en disposición de conocer cuál es la necesidad de puestos de trabajo para satisfacer nuestras demandas asistenciales, sencillamente porque hemos entrado en una meseta de actividad en la que las oscilaciones de actividad serán las habituales en un Centro Sanitario, pero no desde luego oscilaciones tan grandes como las del trienio 87-89. Por esta razón la Oferta Pública de Empleo del año 90 contempla la absorción de la práctica totalidad de la plantilla estructural por parte de la plantilla orgánica.

Cuestión diferente es la importante rotación de personal a la que nos hemos visto sometidos. Este hecho, que como bien refleja su informe tiene consecuencias negativas para nuestra organización, es casi consustancial a los Centros Hospitalarios de carácter Comarcal. El atractivo (no forzosamente profesional) de otras poblaciones provoca una constante diáspora de personal que nos perjudica notablemente. Lamentablemente creo que no existen medidas posibles para paliar esta circunstancia, máxime cuando no son los concursos de traslado al Hospital de Navarra la razón más importante para que nuestro personal solicite la excedencia. Son muchas las ofertas de empleo sanitario en toda España, y el personal especializado tiene muchas ofertas en centros públicos.

Finalmente dos comentarios en relación con la actividad de nuestro quirófano programado y las listas de espera para consultas externas.

Repito su Informe la condición de «cuello de botella» de nuestros quirófanos. Esta circunstancia, que como refleja el Informe fue casi dramática en el año 88, ha sido resuelta en el año 89 con la incorporación de especialistas en Anestesia y Reanimación. Lógicamente el impacto de nueve meses casi sin actividad, ha repercutido en todos los servicios quirúrgicos, que paulatinamente van recortando sus listas de espera.

Estas demoras, ya solucionadas en Urología, Ginecología y ORL, se solucionarán en el año 90 en Cirugía General y Traumatología. Recogemos, lógicamente con el máximo interés, la conveniencia de mejorar el rendimiento del bloque quirúrgico. Ya en septiembre de 1989 se planteó como objetivo prioritario de la Dirección Médica para el año 90.

En relación con las demoras en la atención a Consultas Externas, deseo manifestarle que no considero suficiente para abordar tan complejo problema la determinación de las listas de espera en un único día. Mensualmente la Dirección de Información y Evaluación del Departamento de Salud elabora una información acumulada en el tiempo de la evolución de las listas de espera de los Centros Sanitarios de Navarra. De su estudio se deduce para nuestro Hospital, la existencia de dos puntos críticos en las Consultas de Traumatología y Dermatología, que son objeto de tratamiento específico en los objetivos del año 90.

Espero que nuestros comentarios hayan contribuido modestamente a completar su trabajo, y aprovecho la ocasión para reiterarle nuestro máximo espíritu de colaboración para con la Institución que Vd. tan dignamente preside.

Atentamente:

Fdo: Ignacio Iribarren Udobro.

Director Gerente.

Tudela, 10 de febrero de 1990.

Informe de fiscalización económico-financiera realizada en el Hospital de Estella

La Mesa del Parlamento de Navarra, en sesión celebrada el día 5 de marzo de 1990, acordó ordenar la publicación del informe emitido por la Cámara de Comptos sobre la fiscalización económico-financiera realizada en el Hospital de Estella.

Pamplona, 6 de marzo de 1990.

El Presidente: I. Javier Gómara Granada.

Informe de fiscalización económico-financiera del Hospital de Estella

INDICE

- I. INTRODUCCION.
 - I.1. GENESIS DEL HOSPITAL DE ESTELLA
 - I.2. SERVICIOS QUE PRESTA
 - I.3. ORGANOS DE GOBIERNO
- II. OBJETIVOS, ALCANCE Y LIMITACIONES.
- III. OPINION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- IV. ORGANIZACION Y CONTROL INTERNO.
 - IV.1. BASE DE PRESENTACION Y POLITICAS CONTABLES.
 - IV.2. PERSONAL:
 - IV.2.1. Organigrama.
 - IV.2.2. Plantilla.
 - IV.2.3. Tipos de contratación temporal.
 - IV.2.4. Normativa aplicable.
 - IV.2.5. Contabilización de la nómina.
 - IV.2.6. Indices de absentismo.
 - IV.3. ADQUISICIONES.
 - IV.4. FACTURACION Y COBRO.
- V. ESTADOS FINANCIEROS.
 - BALANCE DE SITUACION AL 31/12/88.
 - CUENTA DE RESULTADOS.

- PRESUPUESTO DE GASTOS.
- PRESUPUESTO DE INGRESOS.
- VI. ANALISIS DEL BALANCE Y CUENTA DE RESULTADOS.
 - VI.1. INMOVILIZADO.
 - VI.2. EXISTENCIAS.
 - VI.3. DEUDORES.
 - VI.4. CUENTAS FINANCIERAS-CAJA.
 - VI.5. COBROS DIFERIDOS.
 - VI.6. CAPITAL Y RESERVAS.
 - VI.7. SUBVENCIONES DE CAPITAL.
 - VI.8. DEUDAS A PLAZO CORTO.
 - VI.9. PAGOS DIFERIDOS.
 - VI.10. INGRESOS.
 - VI.11. CONSUMO MATERIALES.
 - VI.12. GASTOS.
- VII. DIFERENCIAS ENTRE LA CUENTA DE RESULTADOS DEL CENTRO Y LA CUENTA DE EXPLOTACION DEL GOBIERNO DE NAVARRA S.G.E.F.
- VIII. ANALISIS DE LA ACTIVIDAD DEL CENTRO.
 - VIII.1. RATIOS.
 - VIII.2. LISTAS DE ESPERA.

I. INTRODUCCION

I.1. Génesis del Hospital de Estella

El Hospital «García Orcoyen» de Estella fue promovido y creado por el Ministerio de Sanidad, previa cesión de los terrenos, y la dotación de la infraestructura urbanística necesaria, como el alumbrado, agua, saneamiento y viales, por el Ayuntamiento de Estella.

Concluida la construcción del Hospital, se procedió a su institucionalización a través del Decreto de 22 de mayo de 1975, integrándolo en la Administración Institucional de la Sanidad Nacional.

La gestión del Hospital se encomienda según el art. 3 del mencionado Decreto al Ayuntamiento de Estella.

Posteriormente, el 1 de octubre de 1986 el Hospital de Estella se integra en la Red de Centros Asistenciales del Gobierno de Navarra, según Acuerdo firmado entre el Ayuntamiento de Estella y el Gobierno de Navarra, el 19 de septiembre de 1986, al haber transferido la Administración del Estado a la Comunidad Foral de Navarra las competencias de la A.I.N.S. por Real Decreto 1885/1986, de 22 de agosto.

Por lo tanto, a partir del 1 de octubre de 1986 el Hospital de Estella pertenece a la Comunidad Foral de Navarra, dependiendo desde esta fecha de los Presupuestos Generales de Navarra para su financiación y estando sujeto a las directrices del Gobierno de Navarra, a través del Servicio Regional de Salud.

I.2. Servicios que presta

El Hospital de Estella presta asistencia en consultas externas, urgencias, intervenciones quirúrgicas y hospitalización de las siguientes especialidades:

- Medicina interna.
- Cardiología.
- Cirugía.
- Traumatología.
- Pediatría.
- Ginecología.
- Obstetricia.
- Anestesia Reanimación.
- Planificación familiar.
- Farmacia.
- Laboratorio.
- Radiodiagnóstico.
- Rehabilitación.
- Urgencias.
- UVI.
- Puericultura.

A lo largo de 1988, el Hospital continúa manteniendo Conciertos con diversas entidades, destacando por su cuantía el INSALUD, a cuyos efectos el Hospital está catalogado en el Grupo 5 – Nivel 3, es decir Hospital General, con ámbito comarcal y máximo nivel dentro del grupo.

Se ha planificado y gestionado la actividad del Centro intentando hacer realidad este concepto, es decir, que el Hospital de Estella se convierta en el Hospital General de referencia para toda la población de la Comarca de Estella, objetivo en vías de consecución, tras el Acuerdo firmado entre el Servicio Regional de la Salud y el INSALUD, en febrero de 1989.

La firma de este acuerdo para la puesta en marcha del programa de sectorización de la aten-

ción especializada, exige una adecuada dotación tanto de recursos técnicos como humanos con el fin de garantizar una mejor asistencia al usuario, por lo que deberá continuarse con la remodelación ya iniciada del Centro, equipamiento del Hospital y la contratación del personal técnico preciso para las nuevas necesidades.

I.3. Organos de Gobierno

El equipo directivo del Hospital está compuesto por la gerencia, Dirección Médica, la Dirección Administrativa y de Personal y la Dirección de Enfermería y Servicios Asistenciales.

Existen, asimismo, unos órganos colegiados:

- Junta de Gobierno.
- Junta Facultativa.
- Junta Económica.

Donde, además del Personal del Hospital, están representados el Gobierno de Navarra, a través del Servicio Regional de la Salud, el Departamento de Economía y Hacienda, Ayuntamientos y Consumidores y Usuarios.

II. OBJETIVOS, ALCANCE Y LIMITACIONES

En el presente trabajo, hemos procedido a realizar una revisión del Hospital de Estella con la intención de:

— Dar una opinión acerca de los estados financieros para el ejercicio 1988.

— Analizar el control interno del Centro, es decir sus políticas y organización, realizando las recomendaciones que estimamos oportunas para su desarrollo o mejora.

— Intentar una aproximación a los resultados de la gestión del Centro.

Con respecto al objetivo de analizar la gestión del Centro, nos encontramos con la dificultad de establecer comparaciones con otros Hospitales, incluso de la misma red foral, ya que los sistemas contables no son homogéneos.

No obstante, a pesar de las limitaciones existentes, hemos intentado aportar una serie de índices y ratios que puedan ayudar a una mejor comprensión de la actividad del Centro.

Queremos por último agradecer la colaboración del personal del Hospital de Estella, lo que ha facilitado la realización de nuestro trabajo.

III. OPINION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

III.1. Opinión y conclusiones

Hemos analizado el Balance de Situación y la Cuenta de Resultados para el ejercicio terminado el 31/12/88 y que incluimos en el apartado V del Informe.

Dichos estados financieros han sido preparados a partir de los registros contables de la entidad, según el Plan General de Contabilidad adaptado a los Centros de Asistencia Sanitaria.

Nuestro examen ha consistido en una revisión del control interno y posterior verificación del Balance y Cuenta de Resultados, efectuando cuantas pruebas hemos considerado necesarias de acuerdo con las circunstancias.

De dicho examen, obtenemos las siguientes conclusiones:

— El Hospital, no dispone de un adecuado control interno en general y en particular en el área de existencias donde este ejercicio no se ha realizado el inventario del laboratorio, valorándose las existencias por aproximación.

— No se dan de baja a los activos fijos, obsoletos o inutilizados, careciendo de un procedimiento al respecto.

— Contabilización en el momento de la compra del devengo y pago, aunque éste se realice a posteriori, no recogiendo en balance las deudas por este concepto, sin que tengamos la seguridad de que los bienes hayan sido valorados en existencias.

— Existen diferencias en la cuenta de capital y subvenciones que no hemos podido aclarar.

Por todo ello no podemos asegurarnos de la razonabilidad de los estados financieros del Hospital al 31/12/88.

Además de estos estados financieros del Hospital adaptados al Plan General de Contabilidad, el Hospital lleva una Contabilidad Presupuestaria y un Balance de Situación según el Plan Contable General del Gobierno de Navarra denominado S.G.E.F., al igual que para el resto de los Departamentos del Gobierno.

Dicho Balance no ha sido objeto de análisis, al presentar diversas anomalías, que en general son comentadas en nuestro examen general de las Cuentas de Navarra de cada ejercicio.

En cuanto a la ejecución presupuestaria, hemos hecho un intento de cuadro entre la contabilidad del Centro y la del S.G.E.F., llegando a la siguiente conclusión (epígrafe VII):

— Existen diferencias producidas por los distintos criterios de contabilización en un epígrafe u otro del Presupuesto de Gastos, que no afectan al global del Presupuesto.

— Sin embargo, las diferencias básicas radican en los gastos de personal provocados por una diferente presupuestación de los mismos en el S.G.E.F.

La diferencia entre el Presupuesto del Centro y el gasto real de personal, que puede estimarse en

57 millones, se contabiliza por el Gobierno en otros Departamentos como Interior y Servicio Regional de la Salud.

Es indudable la dificultad de valorar la asistencia sanitaria prestada por el Hospital en base a ratios numéricos, dificultad que proviene de la propia definición de «producto sanitario», de la complejidad y diversidad de los datos a analizar, así como de la subjetividad de los pacientes sobre la asistencia recibida.

No obstante, uno de los objetivos del Informe era el de dar una opinión acerca de la gestión del Centro. Este objetivo se ve dificultado, además, por la heterogeneidad de sistemas contables entre los Centros Sanitarios Navarros, que impide la comparación de datos o ratios que permitan una valoración razonable de la actividad del Centro.

En estas circunstancias, hemos obtenido una serie de índices que nos permiten detectar como principales conclusiones:

— Un índice de ocupación muy bajo, 59%, que tal vez se vea aliviado con el Plan de Sectorización Sanitario que en la actualidad se está llevando a cabo.

— Para 1988, el coste por estancia asciende a 22.500 pesetas; el Insalud, principal cliente del Hospital que supone el 90% de la facturación, paga por estancia 8.471 pesetas, lo que básicamente provoca el déficit que es sufragado por el Gobierno de Navarra.

— No existen problemas de listas de espera, dándose los mayores días de demora en la especialidad de traumatología —48 días— y en las exploraciones especiales de Prueba de esfuerzo, de 40 días.

— El grado de aceptación de la calidad asistencial del Centro por los usuarios es elevado a tenor de los resultados de las encuestas periódicas que realiza el Hospital.

III.2. Recomendaciones

En los diferentes epígrafes del Informe, vamos detallando las recomendaciones que estimamos oportunas en orden a mejorar la presentación de los estados contables y el control interno del Centro, extractando aquí aquellas de tipo general que las resumen o sintetizan.

Recomendamos, en primer lugar, la homogeneización de los sistemas contables de los centros sanitarios de Navarra, adaptándolos a los criterios que se siguen en el resto del País, de tal manera que nos permitan efectuar comparaciones y evaluaciones de gestión, tanto dentro de Navarra como fuera de ella.

Mientras sea necesaria la llevanza de dos contabilidades, la del Centro y la del Gobierno de

Navarra, recomendamos la conciliación periódica de ambas, que garantice si no la homogeneidad de los datos al menos su equivalencia.

Recomendamos la potenciación del Control interno del Centro en general y en particular en el área de compras, almacenes, facturación y cobro, así como las políticas contables, de tal manera que los estados financieros ofrezcan una mayor garantía de reflejar adecuadamente la situación financiera y los resultados del ejercicio.

Recomendamos la realización de un estudio que evalúe la plantilla real necesaria para el normal funcionamiento del Centro, evitando la excesiva contratación de eventuales y reservando este tipo de contratación para cubrir vacantes por absentismo, excedencias o vacaciones.

IV. ORGANIZACION Y CONTROL INTERNO

IV.1. Bases de presentación y políticas contables

Los estados financieros, presentados en el apartado IV del Informe, han sido preparados a partir de los registros contables de la entidad cerrados el 31 de diciembre de 1988. Dichos registros se han elaborado según el Plan General de Contabilidad adaptado a los Centros de Asistencia Sanitaria.

Además como Centro dependiente del Gobierno de Navarra, está obligado y lleva una contabilidad pública (presupuestaria y general), según el Sistema de Gestión Económico-Financiera (SEGF), con total independencia de los estados financieros sujetos a examen.

Los cobros y pagos se efectúan a través de tesorería del Gobierno de Navarra, según el sistema general.

Los principios y criterios contables más significativos aplicados por el Centro son los siguientes:

— Inmovilizado material:

El Inmovilizado se valora al precio de adquisición, no habiéndose incrementado su costo en base a normativa alguna sobre actualización de balances.

La amortización es lineal, en función de la vida útil, y no se efectúa el cálculo para cada elemento individualizado, sino para el conjunto de elementos incluidos en una misma cuenta, iniciándose al año siguiente al de la adquisición.

Esto es, no se dota amortización alguna por la fracción de año que media entre su incorporación y la fecha de cierre del mismo ejercicio.

Las tasas anuales de amortización, son las siguientes:

Edificios y otras construcciones	5%
Maquinaria	15%

Instalaciones	15%
Útiles y elementos de tte. interno	20%
Equipos, aparatos e instrumentos	15%
Elementos de transporte	20%
Mobiliario y enseres	15%
Equipo proceso información	20%
Otros inmovilizados	15%

— Existencias:

Se valoran al precio de adquisición, de acuerdo con la factura de compra.

Los inventarios físicos se realizan una vez al año, en fecha próxima al cierre del ejercicio, normalmente en la primera quincena del mes de enero, por lo que pueden contener alguna desviación por extemporaneidad. Sin embargo, en el ejercicio 88 el laboratorio se valoró por aproximación, al no haberse realizado el correspondiente inventario.

— Deudores:

Se registran cuando surge el derecho de cobro, posteriormente a la prestación del servicio.

Los usuarios particulares, no pertenecientes a una entidad concertada, con una antigüedad de saldo superior al año, se traspasan a 31 de diciembre de cada año a una cuenta denominada «Usuarios de dudoso cobro», dotándose una «Provisión por insolvencias» del 100% del importe traspasado, con cargo al resultado del ejercicio en que se dota. No obstante, en el año 1988, no se pasaron a la cuenta «Usuarios de dudoso cobro», los usuarios con deudas del año 1987.

Los usuarios «ambulantes» se imputan directamente en la cuenta de explotación, no quedando reflejados en Balance su saldo ni cuenta compensatoria.

Los cobros de los usuarios se realizan a través de la Tesorería del Gobierno de Navarra, contabilizándose normalmente el Hospital el cobro cuando ésta se lo comunica, abonándose a la deuda y cargándose a la cuenta que mantiene con Tesorería del Gobierno de Navarra.

En ocasiones, determinados cobros a usuarios se efectúan a través de la Caja del Centro, contabilizándose en el momento mediante el «Parte de Caja» correspondiente, abonando a la cuenta del deudor y cargándolo en la cuenta de caja.

Los servicios asistenciales prestados a funcionarios forales en el año 1988 no han sido valorados, ni facturados, no quedando constancia de los mismos en el saldo de la cuenta a 31-12-1988.

— Deudas a corto plazo (Proveedores):

Las deudas se contabilizan por su nominal en el momento de recibirse la factura o documento análogo. Simultáneamente contabilizan el pago, cargando en la cuenta del proveedor y abonando en

una cuenta financiera puente, independientemente de que esté intervenida, requisito previo al pago por Tesorería del Gobierno de Navarra.

Esta contabilización simultánea del devengo y el pago, origina el que la cuenta presente siempre un saldo cero, por lo que, a 31-12-88, la cuenta no muestra la deuda con terceros.

Como excepción al Principio de Unidad de Caja, existe una caja para la realización de pequeños cobros-pagos para operaciones corrientes.

— **Subvenciones:**

Las subvenciones en capital mantienen su saldo histórico, no sometándose a un proceso de amortización con trasvase a las cuentas de Explotación de los ejercicios comprendidos en la vida útil de las inversiones subvencionadas.

Desde 1.º de octubre de 1986, se considera como subvención a la explotación el saldo acreedor por operaciones de pagos y cobros que presenta la cuenta de Tesorería del Gobierno de Navarra en la fecha de cierre de cada ejercicio, una vez deducido el importe de las inversiones realizadas en el año, que se abona a la cuenta de «Subvenciones en Capital».

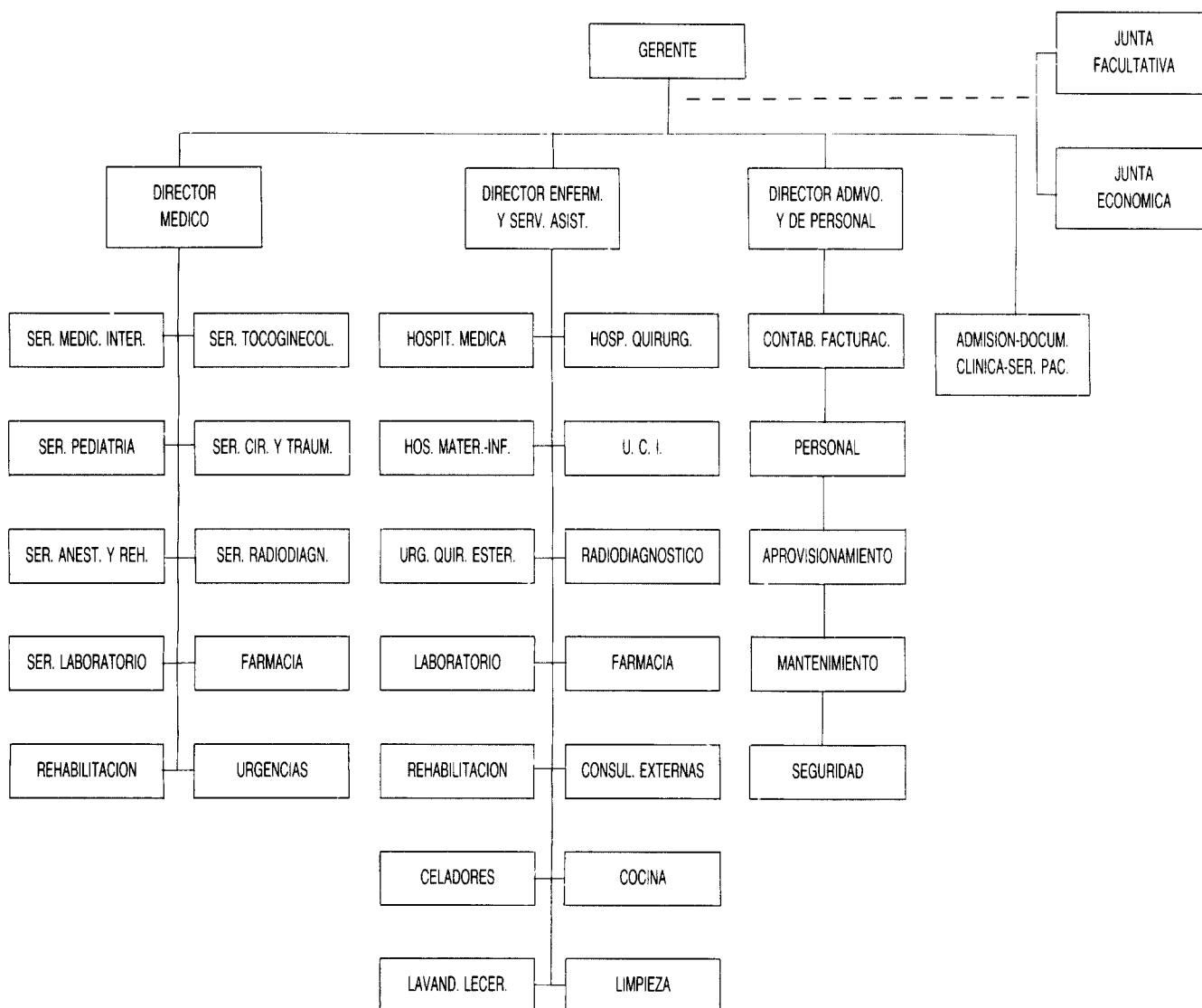
— **Auditoría:**

El Hospital de Estella en los últimos ejercicios ha seguido la práctica de encargar auditorías financieras realizadas por profesionales independientes.

IV.2. **Personal**

IV.2.1. **ORGANIGRAMA**

El Hospital de Estella presenta el siguiente organigrama:



IV.2.2. PLANTILLA

La plantilla orgánica del Hospital más reciente aparece publicada, con carácter provisional, en el

B.O.N. de 5 de julio de 1989 (plantilla a 31 de mayo de 1989).

Recoge un total de 169 puestos de trabajo, desglosados de la siguiente manera:

	Régimen Laboral		Situación Admva.		
	Eventual	Lab. fijo	Activo	Vacante	Exced.
Gerencia	1	—			
D. Medicina		31	26	5	1
D. Enfermer.	1	87	83	5	—
D. Admva. y S.	1	48	46	1	2
	3	166	155	11	3

Lo primero que se observa es que esta plantilla que llamaremos «oficial», no recoge la totalidad del personal necesario para el desenvolvimiento normal del Centro.

Según datos aportados por el propio Hospital, en el documento semestral sobre estado de ejecución presupuestaria o «table board» a 31-12-88, el número de personal eventual de carácter estructural que trabajó en el Hospital durante el ejercicio de 1988 fue de 26 personas, es decir, deduciendo interinidades por excedencias, cobertura de vacantes, sustituciones por vacaciones y enfermedad.

Esta cifra puede desglosarse de la siguiente forma:

Facultativos	2
Personal sanitario titulado	4
Personal sanitario no titulado	8
Personal administrativo	7
Servicios Generales	5
Total	26

Número este de personal que habría que sumar a la plantilla «oficial» para obtener la plantilla real del Centro.

En los últimos ejercicios, se ha seguido la práctica de evitar el crecimiento de la plantilla mediante la contratación de personal eventual, cubriendo las necesidades a base de contratos temporales de seis meses hasta el máximo establecido en la Ley de tres años, período tras el cual hay que despedir al trabajador.

Esta práctica produce en nuestra opinión una inestabilidad laboral en un considerable porcentaje del personal que no favorece el normal funcionamiento del Centro.

A continuación, presentamos un cuadro donde se incluye el personal que ha trabajado en el Centro en los últimos años, tanto fijo como temporal, incluyendo en este último caso, las contrataciones estructurales y las interinas, donde puede observarse el fuerte crecimiento del porcentaje de contrataciones temporales sobre las fijas, a partir de 1983.

Años	Laboral fijo	Laboral temporal	Total	%
1977	81	—	81	—
1978	103	—	103	—
1979	117	—	117	—
1980	118	—	118	—
1981	126	—	126	—
1982	135	—	135	—
1983	148	1	149	0,7
1984	154	8	162	5,1
1985	151	11	162	7,1
1986	147	17	164	11,2
1987	140	27	167	19,3
1988	145	35	180	23,8
1989 (Jun)	152	36	188	23,6

A la vista de las consideraciones comentadas anteriormente y de la evolución que vemos se observa en la contratación.

Recomendamos se realice un estudio de la plantilla real necesaria para el desenvolvimiento regular del Centro, reservándose la contratación temporal para cubrir vacantes por absentismo, excedencias y vacaciones del personal.

IV.2.3. TIPOS DE CONTRATACION TEMPORAL

Podemos distinguir dos tipos de contratación temporal, contrato de una duración superior al mes y contrataciones por tiempo inferior al mes.

En el primer caso, los llamados «personal eventual de carácter temporal», el procedimiento es el siguiente:

— Resolución autorizando la contratación, con la firma del gerente e interventor.

— Confección del contrato por triplicado, originando los siguientes archivos:

- Archivo de contratos alfabético.
- Registro oficial de matrícula de trabajadores.
- Parte de alta en la Seguridad Social.

Los contratos por periodos de tiempo inferior al mes para cubrir ausencias, permisos, ajuste de turno por acumulación de horas, etc. del personal de plantilla, suelen tener una duración muy breve, incluso de un día y son las llamadas «sustituciones».

De este tipo de contratación se encarga generalmente la Dirección de Enfermería mediante contratos verbales, aunque en aplicación estricta de los Convenios Laborales vigentes en 1988 debieran ser por escrito.

Además de estas contrataciones, se contrata por escrito personal para cubrir las vacaciones programadas. Es habitual que estas mismas personas se empleen para hacer las sustituciones comentadas en el párrafo anterior, lo que provoca:

— Que se trabajen más turnos de los debidos y en ocasiones no se respeten los descansos obligatorios.

Recomendamos se realice un estudio de las necesidades del Centro en cuanto a sustituciones, y se provean del personal preciso para cubrir las en periodos de tiempo amplios que eviten contrataciones excesivamente puntuales, que fuerzan el espíritu de la legislación laboral y pueden incidir negativamente en la calidad asistencial.

IV.2.4. NORMATIVA APLICABLE

Al personal funcionario se le aplica la normativa general de los funcionarios forales.

Para el personal laboral, durante 1988 han estado en vigor tres tipos de Convenios diferentes.

Hasta mayo de 1988, hay una mayoría adherida al Convenio o Pacto de 1986 (5-12-86) entre la administración y UGT, además de un grupo de 36 personas que se rigen por el Convenio Colectivo del Hospital de Estella.

A partir del Convenio Colectivo del Personal Laboral de mayo de 1988, suscrito entre la Comunidad Foral y las Organizaciones Sindicales, todos los trabajadores están incluidos en el mismo Convenio.

IV.2.5. CONFECCION DE LA NOMINA

Desde 1983, el Centro dispone de una aplicación informática de nóminas, realizada y gestionada por una empresa de servicios informáticos.

El Hospital envía a final de cada mes la documentación que recoge los datos variables de la nómina (horas extras, guardias, etc.), documentos de altas y bajas. La empresa de servicios remite la nómina, listado de cotización TC1 y TC2 y una serie de listados fijos además de otros si son solicitados.

Mensualmente, se recibe:

— Recibo de nóminas.

— Documentos de cotización a la Seguridad Social (TC1 y TC2).

— Relaciones de pago por bancos.

— Resumen individual por importes brutos y retenciones.

— Resumen por conceptos y categorías.

Otros, si son solicitados:

— Resúmenes individuales acumulados.

— Desgloses por categorías profesionales, Secciones, Departamentos, etc.

— Certificados personales de importes brutos y retenciones.

— Comunicaciones de actualización de retribuciones.

— Cualquier otro dato que pueda extraerse de los listados.

IV.2.6. INDICES DE ABSENTISMO

A continuación presentamos un cuadro de absentismo del Centro desde 1977, diferenciando los diferentes conceptos, donde puede apreciarse un ligero incremento del absentismo total en los últimos ejercicios:

Años	Huelga	Enfermedad	Maternid.	Acciden.	Permisos	Total
1977	—	1,73	0,78	0,14	0,61	3,26
1978	—	2,76	1,20	1,22	0,55	5,73
1979	—	3,87	1,93	0,58	0,53	6,01
1980	—	3,90	1,26	0,33	0,48	5,97
1981	—	4,07	1,03	—	0,45	5,55
1982	—	4,24	2,80	0,44	0,35	7,83
1983	—	3,03	1,29	0,14	0,60	5,06
1984	—	2,92	2,04	0,04	0,88	5,88
1985	—	4,44	1,96	0,59	0,86	7,85
1986	—	4,83	1,61	0,12	0,99	7,55
1987	—	3,21	1,08	0,49	1,13	5,91
1988	0,51	4,67	0,46	0,56	1,14	7,34
1989 (Jun)	—	5,02	2,01	0,85	0,77	8,65

El control de horarios, es realizado por los Jefes del Servicio correspondiente. Los permisos son controlados por el Departamento de Personal.

IV.3. Adquisiciones

Las Adquisiciones del Hospital de Estella están distribuidas en varios centros de gestión:

Farmacia: Compra de fármacos, material sanitario de consumo y material de limpieza.

Laboratorio: Reactivos y análogos.

Unidad de aprovisionamiento: Aparatos, útiles, mobiliarios, material de oficina, etc.

Mantenimiento: Material de mantenimiento y reparación.

Cocina: Alimentos.

En la actualidad el Hospital tiene autonomía para la realización de sus compras hasta un millón de pesetas; a partir de dicha cantidad se necesita autorización del Servicio Regional de la Salud.

Hemos analizado los procedimientos de compra relacionados anteriormente y en general se observan las siguientes deficiencias:

— Inexistencia de un almacén central, donde se recepcionen las compras y se persiga su control posterior.

— Inexistencia de una documentación normalizada para la realización de los distintos tipos de compras, como órdenes de compra o pedidos, y partes de recepción que sirvan para comparar con la factura.

— No se concilian periódicamente las cuentas de proveedores.

— No existe un control adecuado de existencias, ni se ha realizado un inventario físico al final del ejercicio, en el caso del laboratorio.

Ya que la centralización en un solo departamento parece difícil debido a condicionamientos técnicos, recomendamos el establecimiento de un

circuito normalizado con los distintos tipos de sistemas de compras y reduciendo éstos a los mínimos necesarios, farmacia, laboratorios, alimentos y resto de productos.

Recomendamos la implantación de un sistema de inventario permanente y la realización de inventarios al menos al final del ejercicio, mediante instrucciones por escrito, analizando y regularizando las diferencias que puedan surgir con los datos contables.

En cuanto al control de las existencias de inmovilizado, existe un Registro de Activo fijo, ordenado según la ubicación de los bienes.

La relación de tal inventario de activo fijo es de 31/12/85 y no tenemos constancia de que haya sido actualizada. No se efectúan inventarios físicos periódicos, ni se contrastan los registros contables con las fichas de inventario.

No existe un procedimiento formalizado para las bajas de Inmovilizado.

Hasta el momento, las únicas bajas de las que se tiene conocimiento, son las que detecta el personal de mantenimiento, que se comunican oralmente al Jefe de la unidad de Contabilidad, quien en ese momento las refleja en la contabilidad y en las hojas de Inmovilizado que él lleva, no quedando constancia en las fichas del Registro de Inmovilizado.

No se verifican tales bajas por persona ajena al servicio de mantenimiento, ni hay un seguimiento del destino que se da al Inmovilizado inutilizado. En principio, es el personal de mantenimiento quien se encarga de su retirada a un almacén de material desechado. No hay un control de lo que entra, sale, o existe en este almacén.

El cálculo de amortizaciones se realiza a partir de unas fichas extracontables de activo fijo, fichas que no están actualizadas, ya que al menos las bajas del ejercicio 88 y 89 están sin anotar, lo que

puede producir errores en el cálculo de amortización, sobre todo en el ejercicio 89.

El Hospital es consciente de estos problemas y actualmente está llevando a cabo las siguientes acciones, en orden a paliar las deficiencias comentadas anteriormente:

— Se está constituyendo la llamada 3.ª Fase del Hospital, cuyo sótano será el centro de recepción y almacenaje.

— Desde finales de 1988 se ha nombrado un Encargado de aprovisionamiento que centralizará la gestión de compras de todo aquello que no sea muy específico técnicamente.

— Desarrollo de programas informáticos, para la mecanización de la gestión de compras y control de existencias.

— Actualización de las fichas extracontables de activo fijo que sirven para el cálculo de las amortizaciones.

IV.4. Facturación y cobro.

Los clientes del Hospital de Estella pueden clasificarse en los siguientes tipos:

INSALUD

Lagun-Aro
I.M.Q. (Iguatorio médico-Quirúrgico).
Unión Previsora.
Sanidad Militar
Previsora
Particulares
Beneficiencia
Funcionarios
Accidentes de trabajo y de tráfico.

La facturación del Hospital puede producirse por los siguientes hechos facturables:

- Urgencias.
- Ingresos-Estancias.
- Consultas.
- Sesiones de Rehabilitación y Servicios complementarios.

Hemos analizado el procedimiento de facturación y cobro a los distintos usuarios y por las distintas modalidades de servicio, y como consecuencia de nuestro análisis hemos observado una serie de deficiencias que pasamos a comentar a continuación:

Urgencias

— No existe en la unidad de urgencias un libro registro en el que quede constancia de la actividad desarrollada.

— Las hojas de urgencias que se cumplimentan en dicha unidad para cada una de las urgencias atendidas, no son prenumeradas.

— La carencia de un libro Registro y la falta de prenumeración de las «hojas de urgencias» en la unidad de urgencias no garantiza que todos los servicios practicados en dicha unidad son facturados (salvo en ingresos producidos a través de urgencias, de los que llega también comunicación a admisión desde las plantas).

— La deficiente toma de datos a los pacientes atendidos en urgencias, representa una mayor carga de trabajo a posteriori en el personal administrativo de Admisión y a su vez con un retraso y problemas en la facturación.

Ingresos

— Los partes de identificación del paciente ingresado a través de urgencias o de consultas, se rellenan en Admisión con la información que envían desde las Plantas, en las que no llevan registros de los pacientes ingresados, por lo que no se puede contrastar dicha información.

Los ingresos que por cualquier razón no se comuniquen desde las Plantas a Admisión, y en consecuencia no rellene ésta el correspondiente parte de «Identificación del paciente», son detectados en el momento de producirse el Alta; no obstante, incide en un mayor trabajo administrativo en la Unidad de Admisión, al tener que recoger los datos de identificación del paciente a posteriori, y a su vez, en un retraso en la facturación, o en que no se pueda facturar por falta de datos del paciente.

— En la unidad de Facturación no tienen conocimiento de los Ingresos y Altas que se producen diariamente en el Centro, por lo que no llevan un seguimiento de la facturación de los ingresos. Facturan los que les comunican desde Admisión, sin contrastarlos con información proveniente de las Plantas (en las que, como hemos dicho, no se lleva registro de los ingresos), ni con el «Registro de Ingresos y Altas» de Admisión.

Consultas programadas

— El sistema que llevan de dejar constancia de las consultas programadas en los libros-dietario de Admisión y el envío diario a Facturación, una vez pasadas las consultas, de copia de los mismos con las visitas realmente atendidas, permite que «Facturación» tenga conocimiento de todas las que se producen diariamente en el Hospital.

No obstante, en Facturación no contrastan esta información con los Registros que llevan en las Consultas.

Consultas de Urgencias

— En Facturación tienen conocimiento de las Urgencias a través de la unidad de admisión, lo que no garantiza que éstas sean todas las producidas.

De las consultas de urgencias que corresponden a pacientes con régimen distinto al de Seguridad

Social, no llevan un control y seguimiento de las que se facturan y de las que quedan pendientes de facturar.

No realizan comprobaciones periódicas de lo facturado y lo pendiente de facturar, lo que puede originar que al final del año queden sin facturar determinadas prestaciones asistenciales, sin que puedan precisar su número en Facturación, y que corresponden a pacientes con régimen distinto al de la Seguridad Social.

La falta de criterios a la hora de facturar determinadas prestaciones, origina una incorrecta periodificación de los ingresos asistenciales, al quedar a final del año partidas sin facturar, y sin contabilizar.

No existe uniformidad en la contabilización de los ingresos por prestación de servicios asistenciales en la Contabilidad General que lleva el Centro y en el SGEF, que hace que no coincidan los importes contabilizados en una y otra:

- En la Contabilidad del Centro se contabilizan en el momento de extender la factura y por el importe de ésta. En el SGEF en el momento del cobro, y por el importe del mismo, sea igual o no al de la factura.

- Las Resultas se contabilizan en el SGEF a final de año en base a las facturas pendientes de cobro.

No se contrastan con los Saldos de los extractos de Cuenta del Cliente.

El cobro de los servicios es responsabilidad de la Agencia-Ejecutiva; en el Centro no se realiza ninguna gestión de cobro. Sin embargo, la deficiente toma de datos del paciente en el Hospital, entre ellos el D.N.I., dificulta si no impide, la labor de cobro en la Agencia Ejecutiva.

A la vista de los comentarios efectuados en el área de facturación, recomendamos:

- La llevanza en urgencias de un libro registro donde quede constancia de la actividad asistencial realizada.

- La prenumeración de las hojas de urgencias.

- Una completa toma de datos de los pacientes atendidos en urgencias.

- La implantación de un registro en las plantas, donde quede constancia del personal ingresado, y que sirva para contrastar los datos de admisión en el departamento de facturación.

- La implantación de un mayor control de facturación en los pacientes con régimen distinto al de Seguridad Social.

- Una mayor coordinación con la agencia ejecutiva, de tal manera que en el Centro se soliciten del paciente todos los datos necesarios para facilitar el cobro.

V. ESTADOS FINANCIEROS

A continuación, presentamos:

- Balance de Situación al 31/12/88 elaborado por el Centro, con cifras comparativas con el ejercicio anterior.

- Cuenta de Resultados del ejercicio 88, con cifras comparativas con el año anterior.

- Liquidación Presupuesto de Gastos de la contabilidad del Gobierno de Navarra (S.G.E.F.).

- Liquidación del Presupuesto de Ingresos de la contabilidad del Gobierno de Navarra (S.G.E.F.).

El Balance y Cuenta de Resultados al 31/12/87, así como el de ejercicios anteriores, fue auditado en su día por un profesional independiente, Censor Jurado de Cuentas.

**BALANCE DE SITUACION
ACTIVO**

	Saldo 31-12-87	Saldo 31-12-88
	(Auditado)	
Inmovilizado	146.377.500	225.219.591
Inmovilizado Material	292.568.246	379.792.758
Inmovilizado en Curso	1.512.000	17.426.848
(-) Amort. Acum. Inmov. Mater.	(147.702.746)	(172.000.015)
Existencias	37.320.332	40.230.233
Deudores	96.500.281	133.764.955
Usuarios	118.788.029	152.761.454
Personal (Antic. de remunerac.)	—	2.192.941
(-) Provision. Client. Dud. Cobro	(22.287.748)	(21.189.440)
Cuentas Financieras	3.773.377	364.618
Tesorería (Caja)	53.669	364.618
Préstamos al Personal	3.719.708	—
Ajustes por Periodificación	9.322.515	—
Cobros Diferidos	9.322.515	—
TOTAL ACTIVO	293.294.005	399.579.397

PASIVO

	Saldo 31-12-87	Saldo 31-12-88
Capital y Reservas	38.799.984	49.068.064
Remanente	228.712.455	238.980.535
Resultados negativos	(189.912.471)	(189.912.472)
Subvenciones Capital Recibidas	223.866.631	327.578.192
Subvenciones Oficiales	223.118.269	326.829.830
Otras Subvenciones	748.362	748.362
Deudas a Plazo Corto	2.736.069	356.128
Proveedores	35.279	(60)
Proveed. Ftras. Ptes. Recibir	865.897	—
Hacienda Pública	1.562.499	—
Hacienda Pública IVA Repercutido	—	84.042
Fianzas Recibidas	272.146	272.146
Ajustes por Periodificación	18.439.663	
Pagos Diferidos *	18.439.663	
Resultados (Benef. del Ejercicio)	9.451.656	22.577.013
TOTAL PASIVO	293.294.005	399.579.397

* Ajuste efectuado por el Centro después de la Auditoría.

CUENTA DE RESULTADOS

	31-12-87	31-12-88
	(Auditada)	
Total Ingresos	606.212.030	831.709.637
Por Prestac. Servic. Asist.	240.625.866	271.653.078
Por Prestac. Servic. Func.	4.243.488	—
Por Vta. Subptos y resid.	62.357	149.496
Accesorios a la Explot.	3.154.086	3.058.002
Subvenc. a la Explot.	358.126.233	555.727.076
Insolv. cubiert. con prov.	—	1.121.985
Total Consumo Materiales	106.742.328	139.358.754
Existencias iniciales	37.032.231	37.320.332
Compras del periodo.	107.030.429	142.268.655
Existencias finales	(37.320.332)	(40.230.233)
Total Gastos	529.572.633	682.469.484
Personal	454.182.275	613.863.308
Gastos financieros	12.080	—
Tributos.	1.038.590	—
Trab. Sum. y Serv. Aux.	30.541.189	36.965.545
Transportes y fletes.	156.719	170.959
Gastos diversos	12.640.459	6.765.235
Dot. Amort. Inmov. Mat.	24.625.094	24.297.269
Dot. Prov. Insolv.	6.125.175	—
Elimin. Benefic. y ambul.	251.052	407.168
Resultado de Explotación	(30.102.931)	9.881.399
Resultado de Ejerc. Anter.	39.554.587	12.695.614
Resultado del Ejercicio.	9.451.656	22.577.013

EJECUCION PRESUPUESTO DE GASTOS DE 1988 DEL «OGA 09» HOSPITAL DE ESTELLA
(NO INCLUYE GASTOS IMPUTADOS A LINEAS DEL SERVICIO REG. SALUD Y PRESIDENCIA)

Concepto	Presupuesto Inicial	Presupuesto Consolidado	Presupuesto Ejecutado	% Ejecut./ Consolidado
Total Cap. 1. Gastos de Personal	452.266.000	565.765.367	561.252.305	99
Total Cap. 2. Gastos Ctes. y Servicios.	170.708.000	181.681.186	181.079.609	100
Total Cap. 6. Gastos de Capital	130.000.000	109.435.000	107.941.337	99
TOTAL PRESUPUESTO GASTOS	752.974.000	856.877.293	850.273.251	99

EJECUCION PRESUPUESTO DE INGRESOS DE 1988 DEL «OGA 09» HOSPITAL DE ESTELLA

Concepto	Presupuesto Inicial	Presupuesto Consolidado	Derechos Reconoc.	% s/ Reconoc.
Insalud.	252.000.000	252.000.000	259.639.033	103,03
Convenios	16.000.000	16.000.000	12.258.324	76,61
Particulares	19.000.000	19.000.000	12.033.884	63,34
Otros Ingresos	3.000.000	3.000.000	1.818.440	60,62
Total Cap. 3. Tasas y Otros Ingresos	290.000.000	290.000.000	285.749.681	98,53
Subv. Estado Costo Serv. Asumidos	7.739.000	7.739.000	7.738.949	100
Total Cap. 7. Transf. de Capital	7.739.000	7.739.000	7.738.949	

VI. ANALISIS DEL BALANCE DE SITUACION Y CUENTA DE RESULTADOS**VI.1. Inmovilizado**

El detalle del inmovilizado y las altas del ejercicio es el siguiente:

	Saldos a 31-12-87	Inversiones	Bajas	Saldos a 31-12-88
Terrenos.	5.220.395	—	—	5.220.395
Edificios y otras const.	79.611.997	29.793.690	—	109.405.687
Mag., Instal. y Utilil.	134.148.027	51.988.733	—	186.136.760
Elem. de Transporte	1.130.866	0	—	1.130.866
Mobiliario y enseres	54.829.948	5.436.088	—	60.266.036
Equipos Informáticos	10.295.839	6.000	—	10.301.839
Repuestos para Inmov.	226.216	—	—	226.216
Otro Inmov. material	843.434	—	—	843.434
Instal. Complejas espec.	6.261.524	—	—	6.261.524
Subtotal Inmoviliz.	292.568.246	87.224.511	—	379.792.757
Inmoviliz. en Curso	1.512.000	15.914.848	—	17.426.848
TOTAL	294.080.246	103.139.359	—	397.219.605
Amort. Acumulada.	(147.702.746)	—	—	(172.000.015)
TOTAL INMOVIL. NETO	146.377.500			225.219.591

El detalle de amortizaciones es el siguiente:

	Amortiz. Acum. a 31-12-87	Dotac. Amort. 1988	Amortiz. Acum. a 31-12-88
Edificios y Otras Const.	29.389.639	3.980.599	33.370.238
Maquin., Instal. y Utilil.	76.083.419	12.554.265	88.637.684
Elementos de Transporte	361.357	192.377	553.734
Mobiliario y Enseres	40.023.729	4.456.800	44.480.529
Equipos Informáticos	204.527	2.059.168	2.263.695
Repuestos para Inmovil.	166.854	12.789	179.643
Otro Inmovil. Material	470.246	113.292	583.538
Instal. Complejas Espec.	1.002.975	927.979	1.930.954
TOTAL	147.702.746	24.297.269	172.000.015

Si comparamos las altas del activo fijo, según la contabilidad del Centro, y las inversiones, según la contabilidad presupuestaria, observamos una diferencia, explicada por:

Inversiones s/Contabilidad Centro.	103.139.359	
— Equipo informático contabilizado en Contabilidad del Centro en 1987.....		+ 4.410.064
— Partidas no contabilizadas en la Contabilidad Presupuestaria en 1987.....		+ 391.912
		107.941.337

Hemos analizado una muestra de las altas de activo fijo realizadas durante el ejercicio, observando que para todas ellas existe la documentación soporte de la inversión y están adecuadamente contabilizadas; sin embargo, al tener cada una de las inversiones seleccionadas un importe superior a 25.000 pts., se requiere Resolución del Servicio Regional de la Salud para su adquisición, lo que en 6 de ellas no consta, y en las 8 restantes, que sí tienen Resolución del S.R.S., autorizando, adjudicando y ordenando el pago, estas son de fecha posterior a la de su respectiva factura.

Hemos analizado, asimismo, el cálculo de amortizaciones que el Hospital realiza a partir de unos registros o fichas extracontables de activo fijo.

Dichas fichas no coinciden con los datos contables, básicamente porque faltan por añadir las altas de activos de 1988.

El ajuste que procedería al final de 1988 supone una cifra de escasa materialidad; sin embargo, recomendamos se realice una revisión exhaustiva de dichos registros, ya que el cálculo de

amortizaciones de los ejercicios siguientes puede verse sensiblemente distorsionado.

En resumen, la falta de un procedimiento para dar de baja de los registros contables los activos fijos obsoletos, deteriorados o fuera de uso, comentados en el apartado de control interno, y la inexistencia de inventarios periódicos actualizando dichos registros contables, nos impide asegurar que la cifra de inmovilizado sea representativa de la realidad.

VI.2. Existencias

El detalle de existencias en Balance al 31/12/88 es el siguiente:

Fármacos específicos	7.789.123
Material sanitario y consumo.....	25.544.315
Comestibles y bebidas	436.817
Instrum. y pequeño utillaje.....	13.460
Ropería	2.778.600
Material consumo y reposic.	3.667.918
	40.230.233

No podemos asegurar que esta cifra sea representativa de las existencias del Hospital a la fecha de cierre de ejercicio, debido a la inexistencia de un adecuado control interno, que ya comentábamos en su apartado correspondiente:

— El inventario se realiza de forma extemporánea en el caso de farmacia.

— No se realizó en el laboratorio, contabilizándose las existencias por aproximación.

— Inexistencia de fichas de inventario permanente.

VI.3. Deudores

Cuyo detalle es el siguiente:

	Saldo 31/12/88
Clientes	123.523.769
— Insalud	92.715.496
— Lagun-Aro.....	268.073
— I. M. Q.	12.273.860
— Unión Previsora	190.117
— Seg. Sanidad Militar	7.581.476
— Previaasa	219.479
— Particulares	10.275.268
Clientes Pdes. Fact. (funcionarios)	8.048.245
Clientes Dudoso Cobro.....	21.189.440
Usuarios	152.761.454
Personal (Anticipos de remuneración)	2.192.941
(-) Prov. Clientes Dudoso Cobro	(21.189.440)
DEUDORES	133.764.955

Insalud

El movimiento de esta cuenta, que recoge el saldo pendiente por los servicios prestados al Insalud, es el siguiente:

Saldo pendiente 31/12/87	70.728.461
Cobro facturas en el 88	(62.595.398)
Facturado en el 88 al Insalud	259.488.942
Cobros en el ejercicio 88	(174.906.509)
Saldo 31/12/88	92.715.496

La facturación del ejercicio 88, según extracto de la contabilidad del Centro, asciende a 259.488.942 pts.; sin embargo, este importe no coincide con los ingresos abonados en la cuenta de explotación, 248.064.726 pts. La diferencia, 11.424.216 pts., se contabilizó en Resultados de ejercicios anteriores, por referirse a actualizaciones de precios.

En el S.G.E.F., se recogen unos ingresos de 259.639.033 pts., 150.091 pts. más que lo facturado según la contabilidad del Centro, y 136.841 pts. más en Resultados de Ingresos con respecto al Saldo del Centro a 31/12/88.

Estas diferencias son debidas a los diferentes criterios de contabilización.

Lagun Aro

El movimiento del ejercicio con este cliente es el siguiente:

Pendiente al 31/12/87	687.111
Cobro ejercicio 88	(687.111)
Facturado en 1988	2.421.923
Cobro fras. 1988	(2.153.850)
Saldo 31/12/88	268.073

Existen, al igual que en el caso anterior, diferencias con los ingresos y Resultados del S.G.E.F., así como con la propia cuenta de explotación del Centro.

Iguatorialio Médico Quirúrgico (IMQ)

Cuyo movimiento es el siguiente:

Saldo 31/12/87	12.123.958
Cobros en 1988	(4.873.074)
Facturado en 1988	6.802.207
Cobros en 1988	(1.179.231)
Saldo 31/12/88	12.273.860

En este caso, las cifras coinciden con la cuenta de explotación del centro y con la contabilidad del S.G.E.F.

Unión Previsora

Con el siguiente movimiento:

Saldo 31/12/87	95.855
Cobros 1988	(8.396)

Facturado en 1988	267.240
Cobros a 1988	(164.582)

Saldo 31/12/88 190.117

Existe una pequeña diferencia con lo abonado a cuenta de explotación del Centro.

Previsora

Saldo 31/12/87	351.235
Cobros 1988	(240.308)
Facturado en 1988	394.354
Cobro 1988	(285.802)

Saldo 31/12/88 219.479

Existe una pequeña diferencia con lo abonado en la cuenta de explotación del Centro.

Jefatura de Sanidad militar

Saldo 31/12/87	5.291.385
Cobro 1988	—
Facturado en 1988	2.290.091
Cobro 1988	—

Saldo 31/12/88 7.581.476

Como podemos observar, el Iguatorialio Médico Quirúrgico y la Jefatura de Sanidad Militar, presentan, respectivamente un porcentaje reducido y nulo de cobros durante el ejercicio, por lo que recomendamos se efectúen las acciones pertinentes para agilizar el mismo.

Clientes pendientes facturación funcionarios

El saldo que aparece a 31/12/88, de 8.048.245 pts. es el mismo que en el ejercicio anterior (4.243.488 pts. corresponden a la facturación del año 87 y el resto a ejercicios anteriores).

Los servicios prestados a los funcionarios durante 1988 no han sido valorados, y, en consecuencia, no han sido facturados ni en la contabilidad del Centro ni en el S.G.E.F.

Recomendamos, que dicha facturación y la de beneficencia se realice anualmente para poder conocer qué parte de gasto asume en su caso el Hospital, o imputar dichos gastos al Departamento que proceda.

Clientes de dudoso cobro

La política del Hospital era dotar una provisión al final del ejercicio de aquellos clientes particulares con antigüedad superior a un año; en el ejercicio 88 no se ha seguido el mismo procedimiento por lo que el saldo de 21.189.440 pts. proviene del ejercicio anterior.

El Centro no practica sobre estos saldos ninguna gestión de cobro, pues entienden que debe ser desarrollada por la agencia ejecutiva del Gobierno de Navarra.

Debe resaltarse la cuantía que alcanza dicha provisión, que recoge varios años de clientes particulares sin que se realicen las gestiones pertinentes para su cobro.

Personal (Anticipos Remuneraciones)

Presenta con un saldo de 2.192.941 pts. Recoge los saldos pendientes de anticipos concedidos al personal del Hospital.

A partir de mayo de 1988, los posibles anticipos al personal están sujetos a la normativa del Departamento de Presidencia del Gobierno de Navarra.

VI.4. Cuentas financieras (Caja)

En un principio, la misión de esta caja parece que es la de recoger los ingresos habidos en cabinas telefónicas, comidas de empleados, pequeños ingresos de asistencia sanitaria y pequeños pagos que de forma imprevista surgen en los diferentes servicios.

En la práctica, estos conceptos se amplían a Gastos de docencia, viajes, comidas y dietas, que deberían gestionarse como depósitos a justificar.

El movimiento de la cuenta en el ejercicio 88 es de:

Ingresos	12.775.629
Gastos	12.464.680

En este importe figuran 10.518.660 pts. de

ingresos por asistencia sanitaria y coincide con los saldos por ingresos de dicha cantidad en el S.G.E.F.

El resto de movimientos se hace por el neto en el S.G.E.F., lo que provoca descuadres entre la contabilidad del Centro y el S.G.E.F. así:

Gastos que no figuran en S.G.E.F.	2.118.331 pts.
Ingresos que no figuran en S.G.E.F.	2.429.280 pts.

El movimiento de esta cuenta es excesivo, debiéndose utilizar los depósitos a justificar; en todo caso, todas las partidas ingresos/gastos de la Caja del Hospital deben tener su contrapartida en la contabilidad del S.G.E.F.

VI.5. Cobros diferidos

Al final de 1987, tenía un saldo de 9.322.515, que recogían los importes previsibles del incremento de tarifas del Insalud y Mutuas concertadas.

VI.6. Capital y reservas

Aunque la cuenta «Capital» carezca de saldo, al no haber existido un desembolso inicial por ese concepto, debe considerarse que la acumulación de resultados positivos, con deducción de los negativos habidos en la historia del Hospital, constituye de hecho el Fondo social del mismo. En 31 de diciembre de 1988, presenta el siguiente detalle:

	Resultados Positivos	Resultados Negativos
Ejercicio 1976	25.000.000	
Ejercicio 1977		9.082.895
Ejercicio 1978		9.209.578
Ejercicio 1979		19.671.415
Ejercicio 1980		51.501.417
Ejercicio 1981		37.346.361
Ejercicio 1982		59.397.581
Ejercicio 1983	15.097.181	
Ejercicio 1984	135.659.950	
Ejercicio 1985	52.955.324	
Ejercicio 1986		3.703.224
Ejercicio 1987	9.451.656	
SUMAS	238.164.111	189.912.471
SALDO		48.251.640
TOTALES	238.164.111	238.164.111

En el Balance presentado por el Centro, aparecen 49.068.064 pts. de saldo, es decir existe una diferencia de 816.424 pts., que no hemos podido aclarar.

VI.7. Subvenciones en capital

Estas subvenciones no han sido objeto de un proceso de amortización y progresiva inclusión en

las cuentas de explotación de los distintos ejercicios que comprenderán la vida útil de las inversiones

subvencionadas, por lo que conservan su saldo histórico.

Su detalle es el siguiente:

Subvención AISNA (año 1976)		48.403.136
Subvención Diput. Foral Nav.		104.357.032
año 1980	33.591.369	
año 1981	57.835.663	
año 1982	5.555.000	
año 1983	7.375.000	
Subvención Ayuntamiento Estella (año 1977)		1.066.660
Subvenciones diversas (año 1976)		748.362
Subvención Presupuestos Grales. Navarra		69.291.441
año 1986	28.344.280	
año 1987	40.947.161	
Subvenciones Presup. Gener. de Nav., 1988		103.711.561
Total		327.578.192

Existe una diferencia con la inversión del ejercicio 88 de 572.202 pts., que no hemos podido aclarar.

Tanto esta diferencia como la comentada en el apartado anterior está siendo investigada por el Centro.

Al igual que el Fondo Social, las Subvenciones en Capital deben considerarse que integran el neto patrimonial del Hospital, que desde el 1 de octubre de 1986 pertenece a la Comunidad Foral de Navarra.

VI.8. Deudas a plazo corto

Según se explica en el apartado de políticas contables, este epígrafe no muestra el saldo de proveedores debido al sistema de contabilización, por lo que normalmente no hay saldo.

Recoge la fianza recibida de la cafetería del Hospital.

VI.9. Ajustes por periodificación (Pago diferido)

Recoge atrasos de sueldos correspondientes al ejercicio de 1987 y los seguros sociales, por un importe de 18.439.663.

Este ajuste se realizó por el Centro después del cierre y auditoría al 31/12/87.

VI.10. Ingresos

Prestación asistencia sanitaria, cuyo detalle es el siguiente:

Insalud.	248.064.726
Convenios	12.157.940
Particulares	11.910.373
(Bonificaciones).	(479.961)
Total	271.653.078

Hemos efectuado, mediante muestreo, una prueba de facturación, con el objeto de verificar si los actos médicos del Hospital eran facturados adecuadamente y, a pesar de las deficiencias en el sistema de facturación, comentados en el epígrafe de control interno, no hemos encontrado excepciones significativas.

Ingresos Accesorios, cuyo detalle es el siguiente:

Teléfonos centralita	12.005
Ventas al personal	33.674
Comidas al personal	158.400
Hermanas Comunidad	1.316.550
Ingresos Varios	413.838
Teléfonos Públicos.	1.123.535
Total	3.058.002

Subvenciones a la Explotación, saldo compuesto por las siguientes partidas:

Subvención Ministerio Sanidad	7.738.949
I.N.S.S. Proyectos investigación	200.000
Pagos efect. por el Gob. de Nav.	
–con líneas presup. ajenas–	57.815.574 *
Pago efect. por el Gob. de Nav.	
–con líneas presup. propias–	489.972.553
Total	555.727.076

Según lo explicado en el apartado de control interno de políticas contables, el importe de 489 millones proviene del saldo acreedor por operaciones de pagos y cobros que presenta la cuenta de tesorería del Gobierno de Navarra en la fecha de cierre de cada ejercicio (deducidas las inversiones del ejercicio) y se contabiliza como subvenciones a la explotación.

* Ver epígrafe VII.

VI.11. Consumo materiales

Las Compras pueden desglosarse:

Fármacos específicos	28.962.022
Material sanitario consumo	84.863.955
Comestibles y Bebidas	10.217.949
Pequeño utillaje sanit.	516.522
Pequeño utillaje no sanit.	214.011
Ropería	2.074.018
Material Consumo y Reposición	15.420.178

Total 142.268.655

Hemos efectuado, mediante muestreo, una revisión de las compras efectuadas en el ejercicio, sin encontrar excepciones; asimismo hemos efectuado una comparación de los precios de fármacos y material sanitario de consumo del Hospital de Estella y de Tudela, comprobando que ambos son similares, no existiendo diferencias significativas.

VI.12. Gastos

Gastos de personal: La Composición de dichos gastos es la siguiente:

Sueldos y Salarios	505.176.581
Gastos de Viaje.	34.887
Seguridad Social.	106.116.809
Otros Gastos Sociales	2.533.400
Otros Gastos Personal	1.631

Total 613.863.308

Dentro de las pruebas de auditoría sobre los gastos de personal, se ha procedido a efectuar una prueba de nóminas con la pretensión de asegurarnos que todos los conceptos retributivos tanto fijos como variables, descuentos, retenciones, pago de atrasos, actualizaciones, etc. están de acuerdo con lo fijado en la plantilla orgánica última disponible de 1988 (a 30 de junio de 1988) y en el Convenio Colectivo de personal laboral de la Administración de la Comunidad Foral y de sus Organismos Autónomos de 9 de mayo de 1988 y aplicable con efectos retroactivos desde el 1-1-88.

Igualmente, se han efectuado diversas pruebas con la finalidad de asegurarnos que todos los trabajadores están debidamente dados de alta en la Seguridad Social, se cotiza de acuerdo con lo trabajado, los porcentajes son correctos, etc.

Asimismo, se han conciliado las plantillas orgánicas provisionales a 30 de junio de 1988 (BON 95, de 5 de agosto) y a 31-mayo-89 (BON 83 de 30 de mayo 89), con los documentos de cotización TC2 a la Seguridad Social de junio-88 y diciembre-88.

Nos aseguramos también que los trabajadores contratados tanto fijos como temporales están debidamente inscritos en el Libro de Matrícula Oficial de trabajadores, hallando unas excepciones en el caso de trabajadores que durante un mes acumulan

varios períodos de contratos y, sin embargo, en el libro oficial aparecen con una sola inscripción por la suma de todos ellos y por tanto con la fecha de alta y baja a menudo no reales.

Se ha comprobado la corrección en el pago de conceptos tales como complementos comunes (antigüedad, dedicación exclusiva, incompatibilidad, complemento compensatorio, puesto de trabajo, nocturnidad, festivos, horas extraordinarias, pagas extras), complementos de destino facultativos, complementos de destino sanitario, guardias, ayuda familiar, atrasos por diversos conceptos, dietas o gastos de viaje pagados por nóminas y descuentos por IRPF, cuotas Seguridad Social, reintegro de préstamos, etc., así como la cotización a la Seguridad Social.

No hemos encontrado ninguna excepción relevante, estando debidamente soportados documentalmente todos los pagos realizados.

Trabajos, Suministros y Servicios Auxiliares, cuyo detalle es el siguiente:

Arrendamientos	412.750
Reparaciones y Conservación	7.402.918
Suministros.	7.734.432
Trab. realiz. otras empresas	20.982.410
Primas de Seguros	433.035

Total 36.965.545

Gastos Diversos, con el siguiente detalle:

Comunicaciones	4.521.436
Publicidad y Propaganda.	728.840
Jurídico-Contenciosos.	167.175
Servicios Auxiliares	60.500
Gastos Varios	281.907
Gastos de representación	46.185
Libros y Revistas	420.689
Gastos de Vaje	538.503

Total 6.765.235

Resultados de ejercicios anteriores:

Recoge 11.424.216 pts. de actualizaciones de precios del Insalud, correspondientes a prestaciones asistenciales de años anteriores.

VII. DIFERENCIAS ENTRE LA CUENTA DE EXPLOTACION DEL CENTRO Y LA CUENTA DE EXPLOTACION DEL GOBIERNO DE NAVARRA S.G.E.F.

Se ha procedido a efectuar una comparación entre los saldos de la Cuenta de Explotación, según los Estados financieros basados en la contabilidad general del Hospital de Estella (Plan General Contable para Centros Sanitarios), y los saldos de la Cuenta de Explotación de la Contabilidad General del Sistema de Gestión Económico Financiera (S.G.E.F.) ligada a la contabilidad presupuestaria.

En resumen, las diferencias, a nivel de Grupo de Cuentas, son las siguientes:

	Contabilidad		
	S.G.E.F.	Centro	Diferencias
Compras.....	129.343.527	142.268.655	12.925.128
Gast. de personal.....	562.902.902	613.863.308	50.960.106
Trab. sum. y serv. e.....	38.756.807	36.965.545	(1.791.262)
Transp. y fletes.....	—	170.959	170.959
Gastos diversos.....	11.328.678	6.765.235	(4.563.443)
	742.331.914	800.033.702	57.701.488

Independientemente de las diferencias provocadas por los distintos criterios de contabilización de los mismos conceptos en un epígrafe u otro, y que aparecen por el neto, las diferencias básicas radican en los gastos de Personal, provocadas por una diferente presupuestación y contabilización de actualizaciones de convenios y atrasos en líneas presupuestarias ajenas al Centro en el S.G.E.F.

Estas diferencias son contabilizadas en el S.G.E.F. en otros departamentos del Gobierno de Navarra, como Interior y Servicio Regional de Salud.

Este saldo de diferencias debería corresponderse con el importe contabilizado como subvención a la explotación (pagos con líneas ajenas), con el que existe una pequeña diferencia, debido a que las subvenciones se contabilizan en el Centro por el neto, deduciendo I.R.P.F. y descuentos de la Seguridad Social.

VIII. ANALISIS DE LA ACTIVIDAD DEL HOSPITAL

Es indudable la dificultad de valorar la asistencia sanitaria prestada por el Hospital en base a ratios numéricos, dificultad que proviene de la propia definición de «producto sanitario», de la complejidad y diversidad de los datos a analizar, así como de la subjetividad de los pacientes sobre la asistencia recibida.

Por otra parte, los diferentes sistemas contables que se aplican y el diferente tamaño de los centros hospitalarios de la red foral, no permite, establecer comparaciones, siendo determinante pues obtener datos homogéneos, considerando, por poner algunos ejemplos:

— Si en el cálculo de las unidades básicas de actividad (UBAS) con la que se mida, se considera toda la actividad, incluyendo la de laboratorio, recuperación, hemodiálisis, etc.

— Si en el caso de que el hospital realice docencia, se tiene ésta en cuenta,

— Si se considera el personal equivalente, en los casos en que hay servicios subcontratados,

— Si se mantienen determinadas especialidades, no rentables por razones de política asistencial,

— El tratamiento del inmovilizado y las políticas de amortización,

— La valoración de las intervenciones, según se practiquen con anestesia local o general, etc. ...

No obstante, a continuación, y con el objeto de realizar siquiera una aproximación a la gestión del Centro, aportamos una serie de índices y ratios, utilizando los datos de la memoria del Servicio Regional de la Salud y los datos del «table board» interno del hospital de Estella.

Para ello, los UBAS se definen como:

1 estancia	1	UBA
1 urgencia	0,5	UBA
1 primera visita	0,5	UBA
1 visita sucesiva	0,25	UBA

VIII.1. Ratios

Creemos que la presentación de estos datos puede ayudar a una mejor comprensión de la actividad del Hospital.

$$\text{Índice de ocupac.} = \frac{\text{N.º estanc.} \times 1 \text{ año}}{\text{N.º camas} \times \text{n.º días}} = \frac{24.165 \times 100}{112 \times 365} = 59,11$$

$$\text{Rotación enfermo cama:} = \frac{\text{Total Ingresos}}{\text{Total Camas}} = \frac{3.302}{112} = 29,48$$

$$\text{Estancia media: } \frac{\text{Total Estancias } 24.165}{\text{Total Ingresos } 3.302} = 7,32$$

$$\text{Relac. Suces.-prim. cons.} = \frac{\text{Cons. sucesivas } 18.249}{\text{Primer. consul. } 5.462} = 3,34$$

$$\text{Intervenc. Progr. al día} = \frac{\text{Interv. Program. } 722}{\text{n.º días activ. progr. } 245} = 2,95$$

$$\text{Urgencias por día} = \frac{\text{Total Urgencia } 10.180}{\text{Total días } 365} = 27,89$$

$$\text{Ingresos por día} = \frac{\text{Total ingresos } 3.302}{\text{Total días } 365} = 9,05$$

$$\text{Partos y cesár. por día} = \frac{\text{Total Part. y Cesár. } 410}{\text{Total días } 365} = 1,12$$

Según la memoria el número de UBAS es:

Ubas Hospitalización: Estancias	24.165	×	1	=	24.165
Ubas Ambulatorio: 1.ª Consulta	5.462	×	0,5	=	2.731
Visitas suc.	18.249	×	0,25	=	4.562
Urgencias	10.180	×	0,5	=	5.090
					36.548
Total					36.548

$$\text{UBA por Cama} = \frac{\text{Total UBAS } 36.548}{\text{Total Camas } 112} = 326,32$$

$$\text{UBAS Hospitaliz./Cama} = \frac{\text{Total UBAS Hospit. } 24.165}{\text{Total Camas } 112} = 215,76$$

$$\text{UBA por empleado} = \frac{\text{Total UBA } 36.548}{\text{Total empleado } 209} = 174,87$$

$$\text{UBA por facultativo} = \frac{\text{Total UBAS } 36.548}{\text{n.º Facult. } 31} = 1.178,97$$

$$\text{UBA por Pers. Sanit. Tit.} = \frac{\text{Total UBAS } 36.548}{\text{Total Sanit. Tit. } 59} = 619,46$$

$$\text{UBA por P. Sanit. no Tit.} = \frac{\text{Total UBAS } 36.548}{\text{Pers. Sanit. no Tit. } 51} = 716,63$$

$$\text{Indice Personal por cama} = \frac{209}{112} = 1,87$$

El último estudio de costes de que se dispone en el Hospital de Estella es de 1986, donde se llega a la conclusión de que el coste de la estancia asciende a 16.642 pts.

Para 1988, el coste de la estancia asciende a 22.500 pts. aproximadamente, incluyendo amortizaciones, según datos obtenidos de la cuenta de Pérdidas y Ganancias el 31/12/88.

El Insalud, principal cliente del Hospital de

Estella, cliente que supone un 90% de su facturación, paga por estancia 8.471 pts.

Como vemos la diferencia entre el coste real y el precio de facturación de la estancia es importante, lo que provoca que el Hospital deba financiarse básicamente con aportaciones del Gobierno de Navarra.

A continuación, presentamos la evolución del índice de ocupación del Hospital desde el ejercicio 1977.

	Media de pers. activo	N.º camas media	% ocup.	N.º camas ocup.	Índice pers. cama	Índice pers. cama ocup.	N.º Ubas
1977	81,1	56	82,68	46,3	1,45	1,75	
1978	102,6	70	93,45	65,4	1,46	1,56	
1979	116,7	70	94,35	66,04	1,67	1,77	
1980	118,4	76	86,04	65,39	1,56	1,81	
1981	126,3	97	82,73	80,24	1,30	1,57	
1982	135,3	108	71,50	77,22	1,25	1,75	
1983	148,7	111	67,12	74,50	1,34	1,99	
1984	162,0	106	71,81	76,11	1,53	2,12	
1985	162,2	106	76,56	81,15	1,53	2,00	
1986	164,1	106	69,09	73,23	1,55	2,24	
1987	166,6	112	58,92	67,11	1,49	2,48	34.415
1988	179,6	112	59,14	66,20	1,60	2,71	36.548

Podemos observar cómo el índice de ocupación ha ido descendiendo con los años, llegando en 1988 al 59,11% muy bajo y que consideramos es uno de los principales problemas del Centro.

Para la media de personal activo e índice de personal/cama no se ha considerado el personal temporal que cubre vacaciones y absentismo.

VIII.2. Listas de espera

Consultas Externas

Se programan desde Admisión manualmente, en base a libros-dietarios, abiertos para cada una de las consultas atendidas en el Hospital; si en una

consulta atiende más de un médico, se abre un libro para cada uno de ellos.

Las solicitudes se pueden hacer por teléfono o directamente pasando por Admisión, citando para el primer día libre según el libro-dietario respectivo.

El período a cubrir de programación es diario; la citación a consulta se da en el momento en que el interesado la solicita; por lo que la lista de espera controlada por Admisión es la demanda real existente.

A continuación, se detalla la lista de espera a 1 de octubre de 1989, facilitada por el Jefe de Admisión:

Especialidad	Demora días nat.		N.º pac. en L. E.	
	1.ª cons.	Revis.	1.ª cons.	Revis.
Medicina Interna	18	20	60	233
Pediatría	1	8	9	50
Tocología	0	10	2	84
Rehabilitación	22	22	26	22
Urología	8	8	17	26
Cirugía Gral.	17	2	28	31
Traumatología	22	8	126	290
Ginecología	29	0	88	11

También existen listas de espera para la realización de las exploraciones y tratamientos especiales siguientes:

Exploraciones especiales	Demora días natur.	N.º pacientes en L.E.
E.C.G.	0	9
Espirometrías	0	0
Prueba de embarazo	40	11
Gastroskopias	0	1
Retroskopias	0	1
Colonoscopias	0	0
Broncoskopias	0	0
Ecografías	18	38
Rad. contrastada	5	24
Ecog. Ginec.	0	1
Ecog. Tocol.	0	9
Ecocardiograma	44	20

Ingresos:

El 65,48 por ciento de los ingresos se realizan por Urgencias, para los que no hay espera. Del resto de ingresos, los que son para tratamiento, (dado un nivel de ocupación del Centro en el año 88 del 59,11 por ciento), no tienen espera, produciéndose ésta en los que tienen por objeto la intervención quirúrgica, en función de las intervenciones programadas en quirófanos.

Estas listas las gestiona cada servicio directamente.

La programación de las intervenciones se efectúa semanalmente, y en la misma intervienen el Jefe de Anestesia, el Jefe de Cirugía, la Supervisora de quirófanos y el Jefe de Admisión. El número depende de los anestesiólogos disponibles.

La información que nos ha facilitado el Jefe de Admisión, referida a 1 de octubre de 1989, es la siguiente:

Especialidades	Demora Días natur.	N.º Pacientes en L.E.
Cirugía general	30	30
Traumatología	48	67
Ginecología	26	10

Por último, merece destacarse la política de encuestas periódicas que el Hospital de Estella realiza entre los usuarios, intentando detectar deficiencias.

Dichas encuestas muestran un nivel de satisfacción muy razonable, por parte de los usuarios, acerca de la calidad asistencial y de la atención general recibida en el Hospital.

Pamplona, enero de 1990.

Presidente: Mariano Zufía Urrizalqui.

CAMARA DE COMPTOS DE NAVARRA
Excmo. Sr. D. Mariano Zufía Urrizalqui
Presidente
Avda. del Ejército, 2-6.º
31002 PAMPLONA
Estella, 17 de febrero de 1990

Asunto: Alegaciones al Informe Provisional, de Fiscalización Económico-Financiera del Ejercicio 1988 del Hospital «García Orcyoyen» de Estella, realizado por la Cámara de Comptos de Navarra

Excmo. Señor:

Habiendo procedido a la lectura y estudio del Informe Provisional mencionado en el Asunto que encabeza este escrito, informe que Vd. me remitió el pasado 05 de febrero, considero oportuno manifestarle que a mi parecer el mismo presenta adecuadamente la situación de este hospital. No obstante, estimo conveniente realizar, con la mejor disposición, las apreciaciones o alegaciones que expongo a continuación.

INFORME DE LA CAMARA DE COMPTOS DE NAVARRA

III. OPINION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

III.1. Opinión y conclusiones

Párrafo: «El hospital, no dispone de un adecuado control interno en general y en particular en el área de existencias donde este ejercicio no se ha realizado el inventario del Laboratorio valorándose las existencias por aproximación».

Alegación Primera: En el ejercicio 88 no pudo realizarse, por el procedimiento habitual, el inventario de existencias a 31 de diciembre en el Servicio

de Laboratorio, debido a la dispersión física en aquellas fechas de las diferentes Unidades del mencionado Servicio por las obras de ampliación y reforma en él realizadas.

Consideramos, no obstante, que la valoración realizada tenía y tiene un alto grado de fiabilidad debido básicamente a las siguientes argumentaciones:

1. Experiencia: El inventario lo han venido realizando habitualmente año tras año las mismas personas, profesionales del referido Servicio.

2. Técnicas y Nivel de Actividad: Las técnicas realizadas, los productos utilizados y el nivel de actividad, han permanecido estables, en sentido amplio, en dicho Servicio y en relación con el ejercicio precedente.

INFORME DE LA CAMARA DE COMPTOS DE NAVARRA

III. OPINION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

III.1. Opinión y conclusiones

Párrafo: «Existen diferencias en la cuenta de capital y subvenciones, que no hemos podido aclarar».

Alegación Segunda: Como el propio informe indica en apartado VI.6 CAPITAL Y RESERVAS y VI.7 SUBVENCIONES EN CAPITAL, las diferencias existentes son dos, una en cada uno de los apartados mencionados.

Diferencia Primera. Párrafo: «En el Balance presentado por el Centro, aparecen 49.068.064,- Pts. de saldo, es decir existe una diferencia de 816.424,- Pts., que no hemos podido aclarar».

La diferencia reseñada (816.424,- Pts.), es el resultado del Ajuste realizado, por consejo de la Auditoría que se hizo al hospital, a nuestro Balance de Situación a 31/12/87, Ajuste que queda reflejado en el Balance de Situación a 31/12/88.

Así pues, según nuestro Balance de Situación a 31/12/88, el Resultado del Ejercicio 87 fue de 10.268.080,- Pts., mientras que en el Informe se señala un Resultado del Ejercicio 87 de 9.451.656,- Pts. La diferencia entre ambas cantidades es la cifra reseñada.

Diferencia Segunda. Párrafo: «Existe una diferencia con la inversión del ejercicio 88 de 572.202,- Pts., que no hemos podido aclarar».

De las investigaciones realizadas deducimos que un conjunto de pagos que totalizan 572.202,- Pts., se contabilizaron en Contabilidad General en concepto de Gastos de Funcionamiento, como «Reparación y Conservación de Edificios», y sin

embargo, en la Contabilidad Presupuestaria se imputaron a Líneas Presupuestarias del Capítulo VI, en concepto de Inversiones, como «Obras de Reparación y Sustitución».

INFORME DE LA CAMARA DE COMPTOS DE NAVARRA

III. OPINION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

III.1. Opinión y conclusiones

Párrafo: «Un índice de ocupación muy bajo, 59%, que tal vez se vea aliviado con el Plan de Sectorización Sanitario que en la actualidad se está llevando a cabo».

Alegación Tercera: Efectivamente, el Índice de Ocupación alcanzado en 1988, 59%, fue realmente bajo, pero tal vez este índice no refleja adecuadamente, en su conjunto y en nuestras circunstancias, el nivel de actividad general del hospital.

La actividad asistencial conjunta del hospital, cuantificada en Unidades Básicas Asistenciales (UBAS), experimentó en 1988 un incremento del 6,2% respecto a 1987, incremento que es consecuencia directa de una mayor «producción» o actividad asistencial general.

Como datos más significativos podemos mencionar que, entre otros, los incrementos habidos en Urgencias, Primeras Visitas, Consultas Sucesivas e Intervenciones Quirúrgicas, fueron, respectivamente, en relación a 1987, del 15, 35, 17 y 18,6%.

Que, simultáneamente, la Presión de Urgencias y el Porcentaje de Urgencias Ingresadas disminuyeron (0,5 y 12,8).

Que el Plan de Sectorización Sanitario, aprobado por el Servicio Regional de Salud y la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Salud en Navarra, supone la consolidación y potenciación del hospital, y consecuentemente, incidirá entre otros en el incremento del Índice de Ocupación.

INFORME DE LA CAMARA DE COMPTOS DE NAVARRA

III. OPINION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

III.1. Opinión y conclusiones

Párrafo: «No existen problemas de listas de espera, dándose los mayores días de demora en la especialidad de traumatología -48 días- y en la

de exploraciones especiales de Pruebas de Esfuerzo, de 40 días».

Alegación Cuarta: El informe expone en diferentes apartados que no existen problemas de Listas de Espera y que los datos reseñados corresponden a 1 de octubre de 1989.

Deseo resaltar que esa y otras fechas que más adelante expongo, no son significativas del conjunto anual ya que el período vacacional habitual y general del personal del centro, se corresponde, básicamente, con los meses de julio, agosto y septiembre de cada año, por lo que los días 1 de los meses de agosto, septiembre y octubre, no reflejan adecuadamente, en el asunto que nos ocupa, lo acontecido a esa fecha y además presentarán generalmente, las cifras más altas en cuanto a Listas de Espera en el conjunto de las Especialidades de este hospital.

INFORME DE LA CAMARA DE COMPTOS DE NAVARRA

IV. ORGANIZACION Y CONTROL INTERNO

IV.2. Personal

IV.2.2. PLANTILLA

Párrafo: «Esta práctica (se refiere a la frecuente contratación de personal temporal), produce en nuestra opinión una inestabilidad laboral en un considerable porcentaje del personal que no favorece el normal funcionamiento del Centro».

Párrafo: «Recomendamos se realice un estudio de la plantilla real necesaria para el desenvolvimiento regular del Centro, reservándose la contratación temporal para cubrir vacantes por absentismo, excedencias y vacaciones del personal».

Alegación Quinta: Con la cobertura de las plazas convocadas y a convocar en la Oferta Pública de Empleo del año 89 (OPE 89) y en la

OPE 90, se consolidará en buena medida la plantilla fija de personal del hospital, en el sentido de que las plazas estructurales, cubiertas actualmente por personal contratado con carácter temporal, serán prácticamente, o en su inmensa mayoría, cubiertas por personal fijo.

Queremos resaltar que, en sentido amplio, la cobertura de las plazas por personal fijo supone el cumplimiento de una serie de plazos, procedimientos y requisitos legales, que requieren en muchos casos un período muy dilatado de tiempo desde que se propone y aprueba la correspondiente Oferta Pública, hasta que efectivamente las plazas son cubiertas.

INFORME DE LA CAMARA DE COMPTOS DE NAVARRA

VI. ANALISIS DEL BALANCE DE SITUACION Y CUENTA DE RESULTADOS

VI.3. Deudores

Párrafo: «Como podemos observar, el Igualatorio Médico Quirúrgico y la Jefatura de Sanidad Militar, presentan, respectivamente, un porcentaje reducido y nulo de cobros durante el ejercicio, por lo que recomendamos se efectúen las acciones pertinentes para agilizar el mismo».

Alegación Sexta: El porcentaje de cobros para con Igualatorio Médico Quirúrgico y Jefatura de Sanidad Militar, ha cambiado sustancialmente y está normalizado. Entre otras razones, la falta de acuerdo en cuanto a la actualización de tarifas asistenciales era la causa principal de la anterior situación.

Quedo a su disposición para comentar las recomendaciones y detalles que estime oportunos. Atentamente,

Manuel Carpintero Navarro.

Serie H:
OTROS TEXTOS NORMATIVOS

Ratificación del Decreto Foral 24/1990, de 1 de febrero, de modificación parcial de las normas reguladoras de los Impuestos sobre el Valor Añadido y Especiales

En sesión plenaria celebrada el día 21 de febrero de 1990, el Parlamento de Navarra acordó ratificar el Decreto Foral 24/1990, de 1 de febrero, de modificación parcial de las normas reguladoras de los Impuestos sobre el Valor Añadido y Especiales, publicado en el Boletín Oficial de Navarra

núm. 22, de 19 de febrero de 1990 y en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra núm. 11, de 21 de febrero de 1990.

Pamplona, 6 de marzo de 1990.

El Presidente: I. Javier Gómara Granada.

Serie I:
ACTIVIDAD PARLAMENTARIA

Reuniones celebradas en el mes de febrero de 1990

MESA Y JUNTA DE PORTAVOCES

Día 5, a las 12 horas.
Día 12, a las 12 horas.
Día 19, a las 12 horas.
Día 26, a las 12 horas.

COMISION DE ECONOMIA Y HACIENDA

Días 1, 2, 5, 7, 8, 12 y 13:

- Debate y votación del Proyecto de Ley Foral de Presupuestos Generales de Navarra para el ejercicio de 1990 y de las enmiendas presentadas al mismo. (Continuación).

COMISION DE INDUSTRIA, COMERCIO Y TURISMO

Día 2:

- Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Gobierno de Navarra, para que informe sobre las actuaciones llevadas a cabo, en relación con el cierre de la Empresa Europunto-Rodier.

PLENO

Día 6:

- Debate y votación de la propuesta de la Junta de Portavoces, sobre comparecencia y personación de la Cámara en la cuestión de inconstitucionalidad número 2603/89, promovida por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Navarra, respecto del artículo 46.1 de la Ley Foral 21/1984, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales de Navarra para el ejercicio de 1985.

- Debate y votación del Proyecto de Convenio a suscribir con la Administración Central del Estado, para la realización de un programa de Farmacovigilancia.
- Debate y votación de la moción presentada por el Ilmo. Sr. D. Ramón Arozarena Sanzberro, instando al Gobierno de Navarra a que, en el plazo de un mes, convoque concurso público para el otorgamiento de concesiones de las siete frecuencias del servicio público de radiodifusión sonora.

Día 20:

- Debate y votación del Dictamen aprobado por la Comisión de Economía y Hacienda, en relación con el Proyecto de Ley Foral de Presupuestos Generales de Navarra para el ejercicio de 1990.

COMISION DE ADMINISTRACION MUNICIPAL

Día 15:

- Comparecencia del Consejero de Administración Local, para que informe sobre el proyecto de obras de captación y depuración de aguas de la ciudad de Tudela.

COMISION DE ORDENACION DEL TERRITORIO, VIVIENDA Y MEDIO AMBIENTE

Día 28:

- Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Ordenación del Territorio, Vivienda y Medio Ambiente, para que informe sobre la creación de nuevos parques naturales.
-

Relación de documentos que han tenido entrada en la Secretaría General de la Cámara en el mes de febrero de 1990

Día 1:

- Escrito de D. Felipe Jiménez Allo en relación con la campaña del 0,7% para ayuda al desarrollo del Tercer Mundo.

Día 2:

- Informe sobre el examen y censura de las Cuentas Generales de Navarra de 1988, emitido por la Cámara de Comptos.

Día 5:

- Escrito del Parlamentario Foral del Grupo Mixto D. Ramón Arozarena Sanzberro, en relación con la convocatoria de la Comisión de Derechos Humanos.
- Escrito del Gobierno de Navarra estimando suficiente la financiación que se propone en la enmienda In Voce n.º 1, en relación con los Presupuestos Generales de Navarra para el ejercicio de 1990.

Día 6:

- Enmienda del Grupo Parlamentario Socialista a la Moción presentada por el Parlamentario Foral del Grupo Mixto D. Ramón Arozarena Sanzberro, en relación con la convocatoria de concurso para otorgar emisoras de F. M.
- Escrito del Gobierno de Navarra por el que se solicita la retirada del proyecto de Convenio de Farmacovigilancia, a suscribir con la Administración Central del Estado.

Día 9:

- Comparecencia solicitada por el Parlamentario Foral del Grupo Mixto D. Ramón Arozarena Sanzberro, para que el Gobierno de Navarra informe sobre el Polígono Residencial de la Azucarera de Tudela.

Día 12:

- Escrito del Gobierno de Navarra designando al Consejero de Salud en la comparecencia para informar sobre la ejecución de los Presupuestos del Departamento de Salud, del año 1989.
- Ordenes Forales de los Consejeros de Agricultura, Ganadería y Montes y Economía y Hacienda, autorizando diversas modificaciones presupuestarias.
- Decreto Foral de modificación parcial de las Normas Reguladoras de los Impuestos sobre el Valor Añadido y Especiales.

- Contestación de la Diputación Foral a la pregunta del Parlamentario Foral del Grupo Mixto D. José Antonio Eder Esarte, sobre el precio de venta y renta de las VPO y el procedimiento para descalificación de las mismas.

- Información solicitada por el Parlamentario Foral D. José Ignacio López Borderías en relación con la participación de SODENA en CENALSA, remitida por el Gobierno de Navarra.

Día 14:

- Enmiendas mantenidas al Proyecto de Ley Foral de Presupuestos Generales de Navarra para el ejercicio de 1989, presentadas por el Grupo Parlamentario Eusko Alkartasuna.
- Enmiendas mantenidas al Proyecto de Ley Foral de Presupuestos Generales de Navarra para el ejercicio de 1989, presentadas por el Grupo Parlamentario Popular.

Día 15:

- Enmiendas mantenidas al Proyecto de Ley Foral de Presupuestos Generales de Navarra para el ejercicio de 1989, presentadas por el Grupo Parlamentario del Centro Democrático y Social.
- Oficio del Gobierno de Navarra designando al Consejero de Ordenación del Territorio, Vivienda y Medio Ambiente en la Comparecencia para informar sobre la polémica en relación con el polígono residencial, de la Azucarera de Tudela.

Día 16:

- Escrito de las Cortes de Aragón en relación con el trasvase de aguas del río Ebro al área metropolitana de Barcelona.
- Enmiendas mantenidas al Proyecto de Ley Foral de Presupuestos Generales de Navarra para el ejercicio de 1989, presentadas por el Parlamentario Foral del Grupo Mixto D. Ramón Arozarena Sanzberro.

Día 17:

- Enmiendas mantenidas al Proyecto de Ley Foral de Presupuestos Generales de Navarra para el ejercicio de 1989, presentadas por el Grupo Parlamentario Unión del Pueblo Navarro.

Día 19:

- Contestación de la Diputación Foral a la pregunta sobre diversos extremos relacionados con el sistema de exclusividad obligatoria de los médicos dependientes del Servicio Regional de Salud formulada por el Grupo Parlamentario Popular.
- Contestación de la Diputación Foral a la pregunta sobre diversos extremos relacionados con el personal contratado laboral del Servicio Regional de Salud formulada por el Parlamentario Foral del Grupo Mixto D. José Antonio Eder Esarte.

Día 20:

- Escrito de D. Francisco Galán Soraluze solicitando información sobre diversos extremos relacionados con el abastecimiento de aguas de la ciudad de Tudela.
- Informe de la Cámara de Comptos sobre la legalidad de las modificaciones presupuestarias realizadas mediante diversos Acuerdos y Ordenes Forales del Gobierno de Navarra, remitidas al Parlamento de Navarra durante el mes de diciembre de 1989.
- Informe de la Cámara de Comptos sobre la legalidad de las modificaciones presupuestarias realizadas mediante diversos Acuerdos y Ordenes Forales del Gobierno de Navarra, remitidas al Parlamento de Navarra durante el mes de enero de 1990.

Día 21:

- Contestación de la Diputación Foral a la pregunta sobre diversos extremos relacionados con la oferta pública de empleo para 1990 del Instituto de Formación Profesional, formulada por el Parlamentario Foral del Grupo Mixto D. José Antonio Eder Esarte.
- Contestación de la Diputación Foral a la pregunta sobre diversos extremos relacionados con el ejercicio del derecho de tanteo y retracto sobre suelo y edificaciones establecido en la Ley Foral 7/1989, de 8 de junio, formulada por el Parlamentario Foral del Grupo Mixto D. José Antonio Eder Esarte.

Día 22:

- Escrito de Euskaltzaindia en relación con la presentación de Miguel Barandiarán al Premio Príncipe de Asturias.

Día 23:

- Escrito de Anasaps sobre el II Congreso Mundial de Rehabilitación Psicosocial.
- Informe de la Cámara de Comptos de fiscalización del Hospital Reina Sofía de Tudela.

- Informe de la Cámara de Comptos de fiscalización del Hospital de Estella.
- Escrito del Sr. Bermejo Garde en relación con la asistencia a una entrevista en Bruselas.

Día 26:

- Interpelación formulada por el Sr. García Tellechea para que la Diputación Foral explique si existe propósito de incluir en la próxima Ley de Derechos pasivos la computabilidad como servicios prestados por los funcionarios antes de su ingreso en la función pública y por los que se haya cotizado a la Seguridad Social en cualquiera de sus Ramas.

Día 27:

- Escrito del Sr. Calixto Ayesa solicitando respuesta por escrito a la pregunta sobre cuál es la postura del Gobierno sobre el proyecto de desarrollo socio-económico del colectivo de minusválidos.
- Escrito del Sr. Calixto Ayesa solicitando respuesta oral sobre cuál es el destino que el Gobierno de Navarra piensa dar al Palacio de Urbasa.
- Escrito del Sr. Calixto Ayesa solicitando respuesta oral sobre si el Gobierno de Navarra ha considerado la posibilidad de adquirir el Convento del Verbo Divino.
- Escrito del Sr. Calixto Ayesa solicitando respuesta oral sobre qué actuaciones se propone llevar a cabo la Diputación Foral en las Iglesias de San Pedro de Lizarra, San Miguel Arcángel, San Juan y Pza. de los Fueros, del Santo Sepulcro y Convento de San Benito.
- Escrito del Sr. Calixto Ayesa solicitando la comparecencia del consejero correspondiente del Gobierno de Navarra para informar sobre la postura de la Consejería de Industria sobre las posibilidades de industrialización de Estella y su entorno.
- Escrito del Sr. Andrés Basterra solicitando respuesta escrita sobre cuántas solicitudes a través de SAT han recibido ayudas para las plantaciones de viñedos en los años 1988-89-90.

Día 28:

- Moción formulada por el Sr. D. José M.^a Martínez-Peñuela instando a la Diputación Foral-Gobierno de Navarra para que en el plazo no superior al fin de 1990, elabore y publique un Decreto de Acreditación para entidades dedicadas a la atención y cuidado de ancianos.
- Interpelación formulada por el Sr. D. José M.^a Martínez-Peñuela para que el Gobierno

- de Navarra exponga su postura en relación con la creación y puesta en marcha de una Unidad de Reproducción Humana.
- Comparecencia solicitada por el Sr. D. José M.^a Martínez-Peñuela del Gobierno de Navarra para que informe sobre la política en materia de aprendizaje de idiomas extranjeros.
 - Estado del Presidente de la Cámara de Comptos comprensivo de la liquidación del Presupuesto de la Cámara de Comptos para el ejercicio de 1989.
 - Memoria del Presidente de la Cámara de Comptos de actividades de la Cámara de Comptos referente al ejercicio de 1989.
 - Comparecencia solicitada por el Sr. D. Balbino Bados, del Gobierno de Navarra para que informe sobre el funcionamiento de la depuradora de Arazuri.
 - Comparecencia solicitada por el Sr. D. Balbino Bados, del Gobierno de Navarra para que informe sobre el ordenamiento y disfrute de la sierra de Urbasa.
-



BOLETIN OFICIAL DEL PARLAMENTO
DE NAVARRA

BOLETIN DE SUSCRIPCION

Nombre

Dirección

Teléfono *Ciudad*

D. P. *Provincia*.....

Forma de pago:

Transferencia o ingreso en la cuenta corriente de la Caja de Ahorros de Navarra, número 3110.000.007133.9

PRECIO DE LA SUSCRIPCION BOLETIN OFICIAL Y DIARIO DE SESIONES	REDACCION Y ADMINISTRACION PARLAMENTO DE NAVARRA «Boletín Oficial del Parlamento de Navarra» Arrieta, 12, 3.º 31002 PAMPLONA
Un año 4.300 ptas.	
Precio del ejemplar Boletín Oficial 85 »	
Precio del ejemplar Diario de Sesiones 110 »	