



**INFORME DE FISCALIZACION ECONOMICO-FINANCIERA DEL
HOSPITAL "REINA SOFIA" DE TUDELA**

ENERO 1990

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.
 - V.1. DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD.
 - V.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 desconcentrada, 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 dialización, 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 tienen 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).

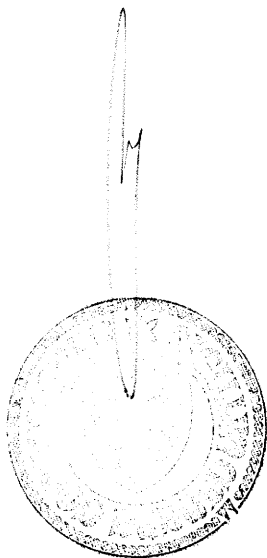
En el balance del Hospital, no se incluye la inversión realizada con anterioridad a su inauguración.

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 presupuestación y su no adecuación a nivel de los 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 asen-



tamiento 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.

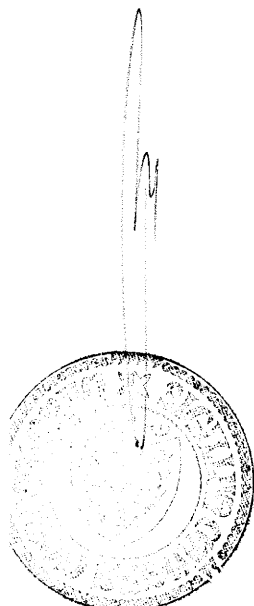
Entendemos que el Hospital dispone de capacidad, al estar

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.).

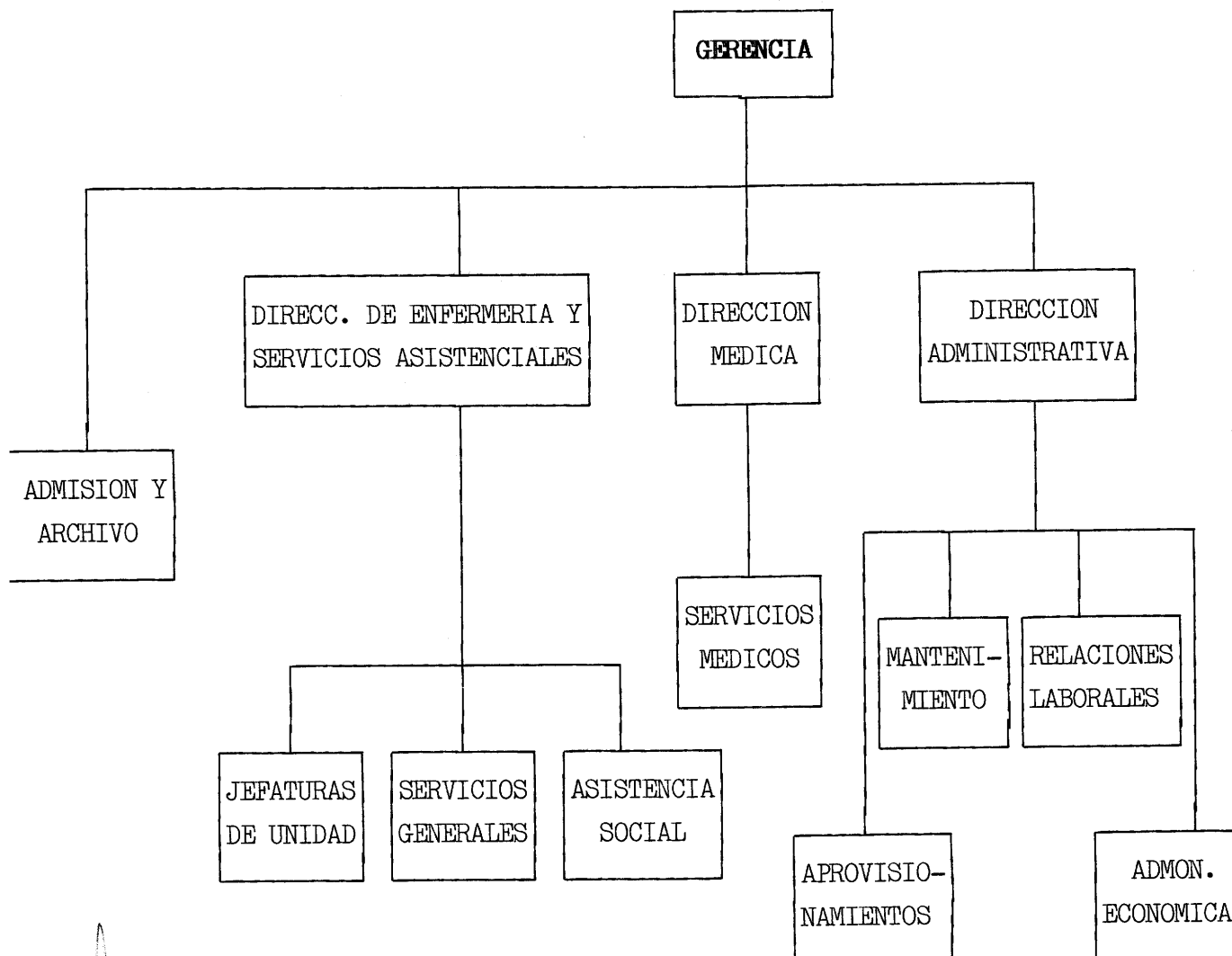
Lógicamente, en el Balance agregado del Gobierno de Navarra estas cuentas compensan sus saldos.

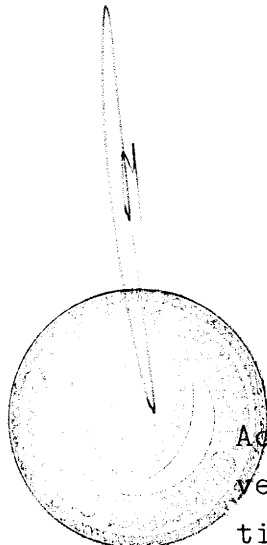
Por otra parte, en el balance no se ha incluido el importe del inmovilizado (obra, instalaciones) adquirido con anterioridad a la inauguración del Hospital, recogándose únicamente las adquisiciones posteriores.

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

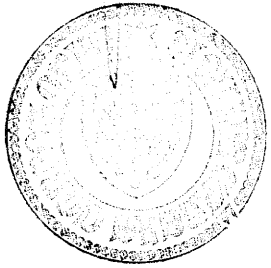
Además, a partir de 1987, hay una serie de personas que dependen del INSALUD pero prestan sus servicios en el Hospital, los llamados "jerarquizados", en virtud de los acuerdos sobre la coordinación de la asistencia sanitaria entre las administraciones. Esta situación no estaba prevista al realizarse 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 nº 1 puede verse la composición tanto de la plantilla oficial como de la estructural, así como los puestos de trabajo reales resultantes, 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

	PLANTILLA FIJA		PLANTILLA "FIJA" REAL	Nº PERSONAS (1)				Nº PERSONAS DEL INSALUD (2)	PERSONAL EQUIVAL. DE SERV. CONTRAT.			TOTAL PERSONAL EQUIVALENTE	
	TEORICA S/ DF 193/88	45		FUNCIONARIOS	LAB.FIJOS	TEMPORALES	TOTAL		LIMPIEZA	MANTENIMTO.	SEGURIDAD		TOTAL
PERSONAL DIRECTIVO LIBRE DESIGNACION	4	4	-	-	3	3	-	-	-	-	-	3	
" FACULTATIVO	40	45	-	36	10	46	12,1	-	-	-	-	58,1	
" SANITARIO TITULADO	101	115	5	78	42	125	8,6	-	-	-	-	133,6	
" SANITARIO NO TITULADO	71	82	6	51	32	89	1,9	-	-	-	-	90,9	
" ADMINISTRATIVO	31	35	-	28	12	40	-	-	-	-	-	40	
" 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	

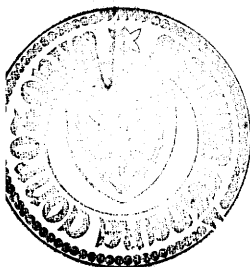
Se ha tomado el número de personas a 31.12.88 para funcionarios y laborales fijos, y el personal equivalente, en temporales (número de personas de jornada anual completa equivalente al tiempo total de contratos en cada categoría).

(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 incorporan 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, aun 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.00, 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 ese 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 solo 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 periodos 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)

	<u>TOTAL</u>	<u>FIN CONVIRT.</u>	<u>RENUNCIA</u>	<u>EXCEDENCIA</u>	<u>TRASLADO</u>
JEFE SERVICIO	1				1
MEDICO ADJUNTO	15		5	10	
A.T.S.	21		1	16	4
T.E.L.	4				4
AUX. CLINICA	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
	<u>84</u>	<u>11</u>	<u>8</u>	<u>39</u>	<u>26</u>

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 de 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 FACTURACION.

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, relacio-

nes con otros servicios y la normativa general del sistema de admisión.

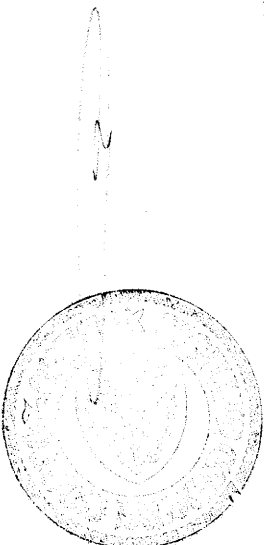
En la práctica, pueden distinguirse tres casos:

- 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.

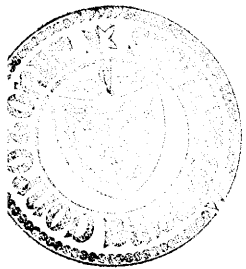
En los casos en que el pago se realiza con talón, el propio Hospital lo ingresa en el banco acompañado de la correspondiente Carta de Pago.

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 nº 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. EJECUCION PRESUPUESTARIA.

En el cuadro nº 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.

CUADRO Nº 2

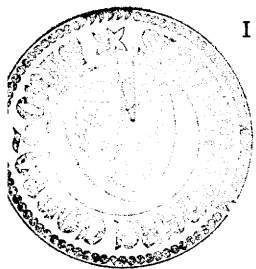
**EJECUCION PRESUPUESTO 1988
HOSPITAL DE TUDELA**

<u>GASTOS</u>	PTO. <u>INICIAL</u>	<u>En miles</u>		<u>%</u>
		PTO. <u>CONSOLIDADO</u>	<u>EJECUTADO</u>	
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

INGRESOS

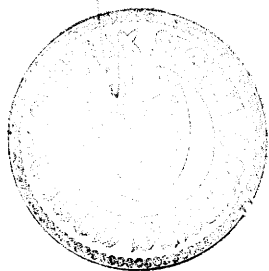
III. TASAS Y OTROS INGRESOS	497.186	497.186	493.532
TOTAL	497.186	497.186	493.532

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, ésto es, el 27,5 por ciento del total ejecutado.

	En <u>millones</u>
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 "
- Mobiliario	5,5 "
	<hr/>
	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 plata 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 SITUACION Y CUENTA DE RESULTADOS.

El balance y la cuenta de resultados obtenidos a partir del SGEF, que presentamos en los cuadros n^{os} 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 Utilil.	204.272.873
Mobiliario y Ens.	46.356.435
Equipos proc. inf.	40.904.359
	<hr/>
	1.346.327.084
Otros Gtos. Amort.	97.214.764
	<hr/>
	1.443.541.848

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

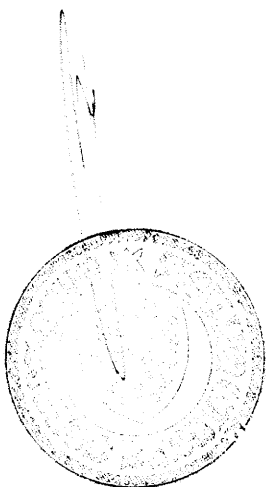
Nos indican que el Servicio Regional de Salud pretende realizar un inventario de todos los Hospitales.

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.

CUADRO Nº 3

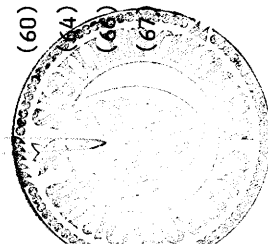
BALANCE DE SITUACION A 31-12-88

<u>ACTIVO</u>		<u>PASIVO</u>	
EDIFICIOS	2.496.473	PATRIMONIO AFECTACION	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 INFORMATICOS	566.654	CUENTAS ENLACE	1.509.905.997
OTRO INMOVILIZADO	5.811.885		
EDIFICIOS EN CURSO	147.605.368	TOTAL	1.997.564.253
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		



CUENTA DE RESULTADOS A 31-12-88

<u>CUENTA RESULTADOS</u>	<u>EJECUCION PRESUPUESTARIA</u>	<u>DIFERENCIA</u>
(70) VENTAS	490.977.343	
(73) ING.ACESOR. DE LA EXPL.	<u>2.554.574</u>	
	493.531.917	--
EXISTENCIAS FINALES	72.128.947	
RESULTADO	833.099.432	
	<u>1.398.760.296</u>	
(61) GASTOS PERSONAL	982.913.473	CAP. 1: PERSONAL - 3.444.562
(60) COMPRAS	245.693.727	
(64) TRAB. SUM. Y SERV. EXTER.	154.575.009	
(66) GASTOS DIVERSOS	<u>14.983.955</u>	CAP. 2: COMPR.BIENES + 3.444.562
(67) TRANSFER. CORRIENTES	594.132	CAP. 4: TRANSF.CORR. 594.132 --
	<u>1.398.760.296</u>	<u>0</u>



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.

$$\text{INDICE OCUPACION: } \frac{\text{nº estancias x 1 año } 41.015 \times 100}{\text{nº camas x nº días } 150 \times 365} = \frac{\quad}{\quad} = 74,91$$

$$\text{ROTACION ENFERMO/CAMA: } \frac{\text{TOTAL INGRESOS } 5.444}{\text{TOTAL CAMAS } 150} = \frac{\quad}{\quad} = 36,29$$

$$\text{ESTANCIA MEDIA: } \frac{\text{TOTAL ESTANCIAS } 41.015}{\text{TOTAL INGRESOS } 5.444} = \frac{\quad}{\quad} = 7,53$$

$$\text{RELAC.SUCESIVAS-PRIMERAS CONSULTAS: } \frac{\text{CONS.SUCES. } 37.810}{\text{PRIM.CONS. } 12.140} = \frac{\quad}{\quad} = 3,11$$

$$\text{INTERV.PROGRAMADAS AL DIA: } \frac{\text{INTERV.PROGRAMADAS } 1.996}{\text{NºDIAS ACTIV.PROGRAM. } 243} = \frac{\quad}{\quad} = 8,21$$

Se consideran (52 semanas x 5 días) - 17 días festivos

INTERV. PROGRAM. 1.996
 INTERV. PROGR. POR DIA Y QUIROF.: _____ = _____ = 2,7
 N^o DIAS x N^o QUIR. 243 x 3

TOTAL URGENCIA 18.597
 URGENCIAS POR DIA: _____ = _____ = 50,95
 TOTAL DIAS 365

TOTAL INGRESOS 5.444
 INGRESOS POR DIA: _____ = _____ = 14.91
 TOTAL DIAS 365

INGR. DE URG. x 100 3.732 x 100
 PRESION URGENCIAS: _____ = _____ = 68,55
 TOTAL INGR. 5.444

URG. INGR. x 100 3.732 x 100
 PORCENTAJE URG. INGRESADAS: _____ = _____ = 20,06
 TOTAL URGENC. 18.597

TOTAL PARTOS 654
 PARTOS POR DIA: _____ = _____ = 1,79
 TOTAL DIAS 365

Incluye las cesáreas:

TOTAL PARTOS 654
 PARTOS POR PART. Y DIA = _____ = _____ = 0,89
 TOTAL DIAS x TOTAL PART. 365 x 2

Según la memoria el número de UBAS es:

			coeficiente	UBA
Estancias	41.015	x	1	41.015
Urgencias	18.597	x	0,50	9.299
1 ^a visita	12.140	x	0,50	6.070
2 ^a visita	37.810	x	0,25	9.452
				65.836

TOTAL UBAS 65.836
 UBA POR CAMA: _____ = _____ = 438,9
 TOTAL CAMAS 150

TOTAL UBAS HOSP 41.015
 UBA HOSPITALIZACION POR CAMA: _____ = _____ = 273,43
 TOTAL CAMAS 150

TOTAL UBAS AMBULAT. 24.821
 UBAS AMBULATORIO POR CAMA: _____ = _____ = 165,47
 TOTAL CAMAS 150

TOTAL UBA 65.836
 UBA POR EMPLEADO: _____ = _____ = 182,87
 TOTAL EMPLEADO 360

TOTAL UBA 65.836
 UBA POR EMPLEADO: _____ = _____ = 167,94
 (1) TOTAL EMPLEADO 392

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

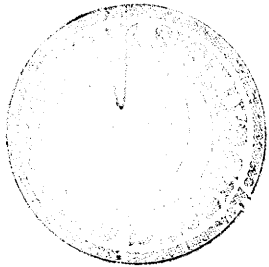
TOTAL UBAS 65.836
 UBA POR FACULTATIVO: _____ = _____ = 1.135,10
 Nº FACULTAT. 58

TOTAL UBAS 65.836
 UBA POR PERS.SANIT.TITUL.: _____ = _____ = 491,31
 Nº PERS.SANIT.TITUL. 134

TOTAL UBAS 65.836
 UBA POR PERS.SANIT.NO TIT.: _____ = _____ = 723,47
 Nº PERS.SANIT.NO TIT. 91

TOTAL UBA 65.836
 UBA POR PERSONAL NO SANIT.: _____ = _____ = 615,28
 (2) Nº PERS.NO SANIT. 107

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



$$\text{INDICE PERSONAL POR CAMA: } \frac{(3)392}{150} = 2,61$$

(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:

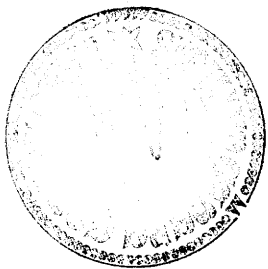
COSTO POR UBA:

- 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 cos-



to de la estancia, que supera las 20.000 pts.

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

VI.II. LISTAS DE ESPERA.

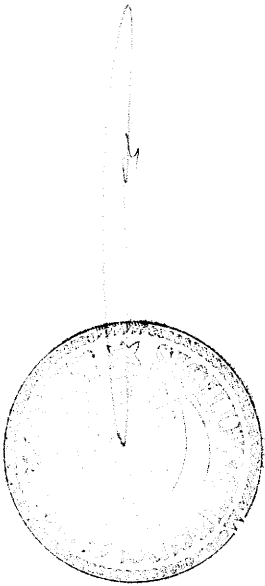
Las listas de espera se gestionan de diferente manera según sean:

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 periodo 1 octubre - 22 diciembre 89, 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 periodo enero-marzo.

Dicha lista es la siguiente:

<u>ESPECIALIDAD</u>	<u>DIAS NAT. N.º PACIENTES</u>		<u>OBSERVACIONES</u>
	<u>DEMORA</u>	<u>1ª VISITA</u>	
MED. INTERNA	44	43	
DIGESTIVO	24	66	
HEMATOLOGIA	31	2	
CARDIOLOGIA	-	-	No hay Cardl.
NEFROLOGIA	16	2	
NEUROLOGIA	18	44	
ENDOCRINOL.	51	59	Vacac.12.X/16.XI
REUMATOLOGIA	35		41
DERMATOLOGIA	83	240(*)	(*) A 20.X.89
PEDIATRIA	21		Sólo progr.hasta 6.XI en la semana del 14.X
REHABILITAC.		58	71
CIRUGIA GRAL.	8	23	
TRAUMATOLOGIA	83	583	
OBSTETRICIA	40	65	
GINECOLOGIA	21	52	
O.R.L.	23	76	
UROLOGIA	6	23	
OFTALMOLOGIA	61(**)	82	(**) A 5.X.89/vaca- ciones del 6.X/6.XI

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 es-



pera 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:

	DIAS NAT.	Nº PACIENTES	OBSERVACIONES
	DEMORA	1ª VISITA	
ESPIROMETRIAS	36	36	a 10.X.89
LABORATORIO	6	417	
ERGOMETRIAS			No se hacen por no haber Cardiól.
ECOCARDIOGRAFIAS			
ESTUDIOS DIGEST.	21		El control de la lista es manual.
UROGRAFIAS	15		
ECOGRAFIAS	25		
MAMOGRAFIAS	8		

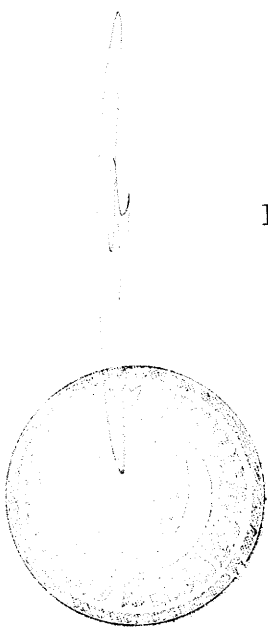
B) INGRESOS

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 anestesistas 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:

	DIAS NAT	.No PACIENTES	
	<u>DEMORA</u>	<u>LISTA ESPERA</u>	<u>OBSERVACIONES</u>
CIR. GENERAL	100	70	
TRAUMATOLOGIA	180	200	
GINECOLOGIA	20	20	
UROLOGIA	20	20	
O.R.L.	20	20	
OFTALMOLOGIA			-El Servicio comenzará en Noviembre-

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 anestesistas.

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 anestesista
- 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:

<u>ESPECIALIDAD</u>	<u>nº días</u>	<u>DIA</u>
O.R.L.	1	Lunes
TRAUMATOLOGIA	5	Todos
CIRUGIA GENERAL	5	Todos
UROLOGIA	2	Martes, Jueves
GINECOLOGIA	1	Miércoles
CUPO INSALUD	1	Viernes

Durante 1988, se practicaron las siguientes intervenciones:

- Programadas	1.996
- Urgentes	<u>941</u>
	2.937

Se realizaron: - con anestesia local	1.068
- con anestesia general	<u>1.869</u>
	2.937

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

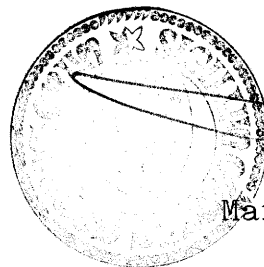
$$\frac{1.996}{243 \times 3} = 2,7$$


En el caso de las urgentes, este índice sería:

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

Pamplona, enero de 1990

EL PRESIDENTE




Mariano Zufía Urrizalqui

**Organismo Autónomo
Servicio Regional de Salud**

Hospital "Reina Sofía" - TUDELA

Carretera Tarazona Km. 3 - Telf. 827500

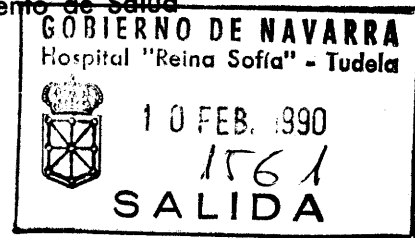
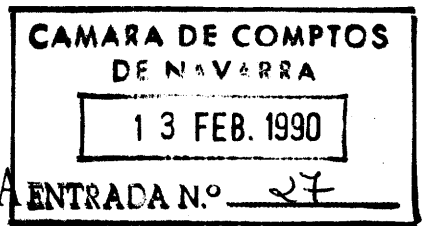
TUDELA (Navarra)

Apartado, 169



GOBIERNO
DE NAVARRA

Departamento de Salud



D. Mariano Zufía Urrizalqui
Pte. de la Cámara de Comptos de Navarra
Pamplona

Tudela, 10 de Febrero de 1990.

Muy Sr. mío:

Respondiendo a su ofrecimiento para formular por escrito alegaciones al informe provisional emitido por esa Cámara en relación a la Auditoría económico-financiera realizada al Hospital de Tudela, le adjunto los comentarios (más que alegaciones) que el contenido de su informe ha sugerido a esta Gerencia.

Aprovecho la ocasión para testimoniarle mi consideración más distinguida.

Atentamente.



Fdo: Ignacio Iribarren Udobro
DIRECTOR GERENTE

**Organismo Autónomo
Servicio Regional de Salud**

Hospital "Reina Sofía" - TUDELA

Carretera Tarazona Km. 3 - Telf. 8275 00
TUDELA (Navarra)
Apartado, 169



**GOBIERNO
DE NAVARRA**

Departamento de Salud

**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 (Hemodialisis), 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 Hemodialisis.

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 periodo 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, ésto 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.

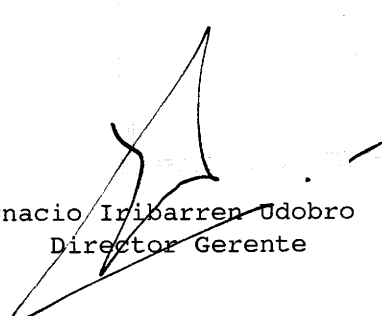
Repito su Informe la condición de "cuello de botella" de nuestros quirófanos. Esta circunstancia, que como refleja el Informe fue casi dramática en el año 88, ha sido resuelta en el año 89 con la incorporación de especialistas en Anestesia y Reanimación. Lógicamente el impacto de nueve meses casi sin 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.