

## ¿Qué Presupuestos, Si Conocemos los Costes?

D. JOSÉ SOTO BONEL

Coordinación Asistencia Sanitaria. INSALUD

Déjenme, en primer lugar, que, en este incomparable marco que ofrece el Salón que nos acoge, agradezca la invitación del Comité Organizador de estas Jornadas para que me dirija a ustedes como ponente de una Mesa cuyo tema es los costes como herramienta de gestión.

Permítanme, en segundo lugar, que lance una carga de profundidad al propio título de la Mesa, al decirles que yo no creo en los costes como herramienta de gestión, sino en la concreción de estos costes en estados de resultados (cuentas de resultados), balances de situación presupuestos.

Los costes, como simples cifras, no posibilitan ni aconsejan la toma de acciones por un gestor en ningún sentido.

Si comparamos la cifra obtenida como coste con alguna otra magnitud (ingreso, actividad, previsión de costes, etc.), simplemente estaremos haciendo un ejercicio de pura matemática de agregación y distribución.

Es en este sentido como oriento mi exposición ante ustedes la mañana de hoy, dispuesto a plantear su utilización para preparar una herramienta de gestión: EL PRESUPUESTO.

Cómo preparamos hoy nuestro Presupuesto, en la generalidad de los Centros, ha de ser objeto de otra Mesa en estas Jornadas. En este momento, pretendo darles mi opinión al respecto del presupuesto del mañana, el que podemos confeccionar a partir del conocimiento de nuestros costes de producción.

El informe de la Comisión Nacional para la Evaluación del Sistema Sanitario (popularmente, informe Abril), ya señalaba en sus conclusiones la necesidad de:

**“PRESUPUESTOS REALISTAS, CIERTOS, RIGUROSOS Y BIEN ELABORADOS, QUE ASOCIEN LAS ACTIVIDADES Y LOS COSTES”**

Se nos aconseja, con esa frase, las características necesarias de un buen presupuesto:

- Elaborado con realismo: Valorando posibilidades de cumplimiento, sin idealismos ni imposibles, que no coadyuvan sino a desincentivar los esfuerzos tendentes a su cumplimiento.

- Con datos ciertos: que reflejen la situación real del Centro de Gestión.
- Rigurosos, en cuanto a que sean resultado de un serio análisis en cada una de sus magnitudes.
- Bien elaborados: Siguiendo el proceso correcto, técnicamente hablando, para lograr unos estados presupuestarios equilibrados y completos.
- Que asocien las actividades y los costes: Es decir, presupuestos de costes por línea de actividad, o por unidad de producción.

Observe que es con esta última característica cómo podemos aprovechar la experiencia de Contabilidad Analítica que está suponiendo la implementación del Proyecto Signo en nuestros centros (SIGNO I que posibilita llegar a conocer los costes de un servicio final –línea de actividad–, y SIGNO II que llega a proporcionar el coste de un proceso-unidad de producción).

En definitiva, tenemos que elaborar PRESUPUESTOS CREÍBLES por todos implicados en la gestión de esta cosa que tenemos entre manos, que es la sanidad.

Éste es el mejor incentivo que tenemos para movilizar a nuestros profesionales, la credibilidad de lo que queremos lograr.

Para ello, a mi juicio, es absolutamente imprescindible:

- Romper la tendencia continuista incremental que históricamente hemos seguido para elaborar el presupuesto. Dar por buena la estructura de gastos e ingresos existentes en el Centro, y aplicar incrementos porcentuales (negociados o no) a sus cifras tiene las características de un proceso inflacionario, que aboca a comportamientos interesados en la negociación presupuestaria.
- Ligar las cifras presupuestarias a la actividad prevista, y volcar los iniciales esfuerzos en la previsión correcta. En ese marco, el Pacto del Contrato-Programa se erige en pieza básica del engranaje presupuestario.  
La cifra de todo presupuesto se hace tanto más creíble, y por tanto su consecución objeto de mayores esfuerzos, si se percibe como NEGOCIADA.  
La figura del Contrato-Programa contiene en sí misma la previsión de actividad, y asigna unos costes y unos ingresos a su realización, constituyendo un teórico paradigma de credibilidad y de instrumento de gestión que posibilita comparar previsiones y realizaciones en ambas partes: Qué hacemos (posibles desviaciones técnicas, de actividad), y cuánto nos cuesta (desviaciones económicas, de costes).
- Lograr elaborar presupuestos clínicos para identificar responsables de la gestión clínica (decisiones de alternativas de gasto entre las posibles, que suelen ser los profesionales sanitarios, como nadie discute ya), y hacer que ellos sean los interlocutores efectivos del proceso de asignación presupuestaria.

De esta manera, la Gerencia de un Centro se ve abocada a una estrategia de Dirección Participativa por Objetivos (DPPO), con necesidad de pactar la actividad a realizar y la dotación financiera asociada a ella con cada Jefe de Servicio.

-Alcanzar la suficiencia en las cifras presupuestarias, a fin de no infundir a la organización la idea y cultura del déficit, que debemos desechar desde el momento que podemos contar con datos de costes reales.

Trataremos en definitiva de negociar un Presupuesto de Ingresos y de Gastos, relacionados con la actividad prevista, conformando de esta manera un CONTRATO-PROGRAMA, aceptado por todos los componentes de la organización porque llegue a identificar la financiación de los procesos pactados en cada Unidad de Responsabilidad (servicio), porque sea suficiente en sus cuantías y seriamente evaluadas las acciones a desarrollar.

El planteamiento parece cerrado y el resultado apetecido conseguido. Pero entonces aparece la voz autorizada del Profesor Guillem López Casanovas quien, en intervención en Mesa Redonda sobre Financiación, en Madrid (1994), plantea:

**“LA FINANCIACIÓN BASADA EN LA ACTIVIDAD ES UN ERROR CUANDO EL OBJETIVO NO ES AUMENTAR LA ACTIVIDAD”**

Pone a debate, de este modo, cuál ha de ser el objetivo respecto a actividad, y la ligazón de ésta con la financiación.

Permítanme que de nuevo vuelva a exponer opiniones individuales al respecto:

Si relacionamos los costes reales (históricos, que podemos ajustar por factores de actualización para convertirlos en estándares) de la actividad con la propia actividad (número de actos, o procesos), realizados o previstos, obtendremos el coste por proceso, a partir del cual cuantificaremos el presupuesto derivado del pacto anual de actividad.

El nudo gordiano de la cuestión lo ponemos en cuánta actividad presupuestamos, la respuesta a esta cuestión es importante por cuanto supone de necesidad de analizar detalladamente el destino a emplear nuestros recursos y el efecto obtenido con su implementación.

Se impone de este modo la realización de un presupuesto:

- Presupuesto Base Cero (PBC)
- Flexible
- Por servicios
- Global prospectivo



Veamos cada una de estas características por separado:

#### Presupuesto base cero:

La aplicación de esta técnica de presupuestación requiere justificar todas las necesidades monetarias que se plantean en las distintas partidas. Es decir, todo gasto no justificado debidamente, no es presupuestado.

Ello exige de un análisis coste-efecto de las diferentes alternativas de decisión, que obliga a un proceso serio de búsqueda de alternativas y valoración que, al decir de F. Pavón (1978), se suceden así:

Etapa 1.<sup>a</sup>: Definir los objetivos a conseguir con el PBC.

Etapa 2.<sup>a</sup>: Identificar los bloques de decisión.

Etapa 3.<sup>a</sup>: Crear las hojas de análisis de los bloques de decisión.

Etapa 4.<sup>a</sup>: Establecer las diferentes alternativas de decisión para cada bloque.

Etapa 5.<sup>a</sup>: Ordenarlas para prioridades, teniendo en cuenta las interrelaciones.

Etapa 6.<sup>a</sup>: Decisión.

El proceso es serio y llevará a buenos resultados tanto más cuanto mejor identifiquemos las alternativas y evaluemos más exhaustivamente cada una de ellas.

Se plantea una dura tarea para nosotros, directivos de las Instituciones, pero al final vamos viendo ya que conformamos un cuadro como el que casi al inicio de mi intervención veía del informe Abril.

#### Presupuesto flexible:

El propio éxito en la implantación de la presupuestación en base cero logrará la flexibilidad de los estados presupuestarios, y su sensibilidad ante variaciones en la actividad.

Así, mayores compromisos de actividad llevarán aparejados más amplias dotaciones financieras, y a la inversa, poniendo el quid de la cuestión en el volumen de actividad preciso.

#### Presupuesto por servicios:

Conseguir presupuestar la actividad de un servicio que realiza una producción (final o intermedia) será la base de motivación de los directivos a sus profesionales.

A mi juicio, la sola negación de actividad con el Jefe de Servicio o Responsable de Unidad no es suficiente para pedir identificación con la tarea y responsabilización en su desarrollo.

El componente de coste y/o financiación de la misma deviene necesario y mentaliza al que anteriormente llamábamos “verdadero gestor” (profesional sanitario), de que “la salud no tiene precio, pero tiene costes”, sobre todo en términos de coste-oportunidad, al elegir una alternativa de acción frente a otras posibles.

### Presupuesto global prospectivo

Ponemos en esta idea la última piedra del armazón conceptual que defiende esta mañana.

Es C. Donaldson, en 1991, quien advierte que:

**“EL PRESUPUESTO GLOBAL PROSPECTIVO PONE UN TECHO AL GASTO TOTAL, EVITANDO ASÍ EL INCENTIVO PARA UN AUMENTO DE ACTIVIDAD EN LAS LÍNEAS DE PRODUCCIÓN RENTABLES, INHERENTES A LOS SISTEMAS DE PRESUPUESTACIÓN PROSPECTIVA CONSISTENTES EN EL PAGO POR PRODUCTO SIN TECHO PRESUPUESTARIO”.**

Introducimos así una restricción básica al modelo de mi exposición.

La actividad sanitaria no quiere incrementos constantes de producción en los procesos que mejor relación coste-beneficio alcancen.

La decisión de qué producir y en qué cuantía es relevante en el mercado sanitario, y exige de un proceso de planificación muy serio que tenga en cuenta criterios de demanda, de necesidad y de equidad, al decir de los entendidos.

Enmarcadas las líneas de producción a desarrollar, al final del proceso planificador, la consecuencia de la negociación presupuestaria tal como hoy he pretendido explicar no puede ser sino un pacto de actividad concretado en procesos por servicios, valorados a costes reales estándar, con la correlativa financiación para esa actividad, que es la que se juzga precisa y oportuna.

El exceso de producción en cualquier proceso vulnerará el pacto y, por tanto, no debería ser objeto de financiación suplementaria, definiendo “de facto”, un Presupuesto global.

Sistemas Sanitarios en situación de gasto elevado, que han pretendido ajustar sus crecimientos a niveles inferiores, como el francés o el estadounidense, están propugnando presupuestos globales prospectivos.

No querría que pensasen que lo que les he contado constituye una utopía irrealizable. Exige, no lo voy a negar, ciertos cambios culturales en nuestras organizaciones, pero.... ¡créanme!, el esfuerzo merecerá la pena si logramos al final racionalizar un poco más la financiación de nuestros Centros Asistenciales.