

11.5 Presupuestos clínicos. Caso de presupuestación de un servicio clínico



El presupuesto se configura en función de la actividad a desarrollar en las Unidades Clínicas en el periodo considerado, y en función de esa actividad, se realizará el presupuesto de gastos e ingresos y realizando un planteamiento diferenciado para el presupuesto de inversiones..

Autor: Ángel Fernández Díez

Ex Gerente de Hospital, Consultor y Profesor de Administración y Gestión hospitalaria y sanitaria.

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Fernandez Díez A. Presupuestos clínicos. Caso de presupuestación de un servicio clínico [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2013 [consultado día mes año]. Tema 11.5. Disponible en: [direccion url del pdf.](#)



TEXTOS DE ADMINISTRACIÓN SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD
is licensed under a Creative Commons
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada
3.0 Unported License.



Resumen:

El presupuesto tiene la consideración de un plan expresado en términos monetarios para un periodo determinado. El presupuesto es la herramienta de gestión más frecuentemente utilizada por las empresas para planificar sus acciones en un futuro determinado de tiempo.

La utilización del presupuesto como herramienta de gestión presenta indudables ventajas: obliga a fijar objetivos; hace considerar diferentes alternativas; estimula el pensamiento monetario; la toma de decisiones se hace por anticipado; facilita

la delegación.

En las organizaciones sanitarias se está planteando una nueva concepción del modelo de gestión que implica a los profesionales clínicos en la gestión de recursos, en un esquema organizativo de descentralización y transferencia de riesgos. De esta manera, el presupuesto se elabora por centros de responsabilidad y cada responsable asumirá la gestión de los recursos y los resultados derivados de esta gestión.

Introducción

- *Ventajas de la presupuestación.*
 - *Objetivos de la implantación de un modelo presupuestario.*
 - *Modelos de presupuestación.*
 - a.- *Presupuesto Incremental:*
 - b.- *Presupuesto flexible:*
 - c.- *Presupuesto base cero*
 - *Cambios organizativos*
 - *El presupuesto clínico*
 - a.- *Bases para el desarrollo del presupuesto por Unidades Clínicas.*
 - b.- *Centros de responsabilidad.*
 - c.- *Cartera de servicios.*
 - d.- *El producto.*
 - e.- *Vinculación de incentivos a objetivos pactados.*
 - f.- *Desarrollar contabilidad por servicios,*
 - g.- *Establecer mecanismos de facturación interna y externa.*
 - *Estructura y evaluación del presupuesto*
 - a.- *Presupuesto de actividad.*
 - b.- *Presupuesto de gastos.*
 - c.- *Presupuesto de ingresos.*
 - d.- *Presupuesto de inversiones.*
 - *El control presupuestario*
 - *Conceptos básicos*
 - *Glosario*
- Referencias bibliográficas*

El presupuesto se configura en función de la actividad a desarrollar en las Unidades Clínicas en el periodo considerado, y en función de esa actividad, se realizará el presupuesto de gastos e ingresos y realizando un planteamiento diferenciado para el presupuesto de inversiones.

Introducción

Ninguna empresa puede funcionar sin un mínimo de previsión y control. El presupuesto es la herramienta de gestión más frecuentemente utilizada por las empresas para planificar sus acciones en un futuro determinado en tiempo. Por tanto, el presupuesto en este sentido tendría la consideración de un plan

expresado en términos monetarios para un periodo determinado.

Cuando hablamos de Presupuestos Clínicos aparece una importante diferencia entre el plan a largo plazo y el presupuesto, es que éste se estructurara por **Centros de Responsabilidad** más que por programas. En consecuencia, al hacer el presupuesto, los programas se reordenan a fin de conformarlos a los centros de responsabilidad.

El presupuesto aprobado para un centro de responsabilidad, representa un compromiso bilateral entre su responsable y la dirección del Centro Sanitario. El responsable, se compromete a cumplir la actuación expresada en el presupuesto. La dirección, a reconocer que los resultados serán satisfactorios si se cumple esa actuación (acuerdo cooperativo, contrato programa o de gestión, etc.). Los dos compromisos quedan sujetos a modificaciones si cambian las circunstancias asumidas en el presupuesto.

Los procesos de mejora de gestión tratan de dar sentido económico a las decisiones y examinar como inciden éstos en los resultados. En los centros sanitarios bajo una nueva concepción de los modelos de gestión, y en base a su estrategia operativa se pretende la responsabilización progresiva de los clínicos en la utilización de los recursos, y la introducción paulatina de los mecanismos de financiación e incentivación orientados a facilitarlos.

En este taller, veremos los presupuestos como la expresión en términos monetarios, del conjunto de actuaciones a realizar en la organización sanitaria, en una configuración organizativa de descentralización funcional a las **unidades clínicas**.

Ventajas de la Presupuestación.

El hecho de presupuestar (elaborar un presupuesto) presenta unas indudables ventajas, que enunciamos a continuación:

- Obliga a fijar objetivos.
Sin explicitar las estrategias y cuantificarlas en diferentes magnitudes, no es posible prever su evolución para diseñar un escenario en un horizonte temporal determinado.
- Hace considerar diferentes alternativas.

El futuro se proyecta, y como toda proyección tiene una parcela de azar (al que se asocia un riesgo determinado), que obliga a tener que asociarlo al presupuesto diseñado. Este ha de ser en alguna medida flexible, y contemplar distintos cursos de acción de consecución de objetivos, y distinta valoración de los mismos, conformando (de hecho) diferentes "presupuestos", que minoran la imprevisión y el riesgo de desviaciones sobre lo previsto.

- Estimula el pensamiento monetario.
Por razones de comparabilidad entre magnitudes, la uniformidad en las unidades de medida de las mismas se hace necesaria, si esa es la pretensión de un sistema de información. Es obvio que si las magnitudes son gastos, ingresos, pagos, cobros, deudas, etc., lo más sencillo es medirlas en unidades monetarias.
- La toma de decisiones se hace por anticipado.
Se anticipa el futuro, y al hacerlo se está decidiendo por unas magnitudes frente a otras, y por unas determinadas cuantías de tales magnitudes. Ello hace que se diseñen las acciones necesarias para cumplir las previsiones, y se implementen, decidiéndolo antes del inicio de período de vigencia del presupuesto.
- Facilita la delegación.
La explicitación de las metas temporales que refleja un presupuesto, y de los planes de acción para su ejecución, hace más sencillo el trabajo en equipo, y la responsabilización individual de determinadas acciones individuales y/o magnitudes, lo que favorece el hacerlo, delegando poder en los escalones operativos de la estructura organizativa que ha elaborado el presupuesto.

Objetivos de la implantación de un modelo presupuestario.

Cuando los responsables de una organización empresarial (el Hospital lo es, indudablemente) deciden poner en marcha un modelo presupuestario, se pretende:

- Que sea la base para la acción hacia el objetivo.

Es decir, facilita definir las acciones para lograr los objetivos.

- Posicionar a la organización frente a su futuro desarrollo.
El presupuestar supone adelantar y determinar el futuro, lo que hace a todos los componentes de la empresa trabajar para lograr que se desarrolle en el camino señalado.
- Definir las posibilidades de acción y las ulteriores consecuencias de las decisiones.
Para elaborar un presupuesto, se exploran las alternativas posibles de acciones a tomar, y debe decidirse por cuantificar y presentar una concreta, que será siempre la que se espera más eficiente en el logro del objetivo. La propia medida de la eficiencia habrá exigido también definir el resultado previsible de cada acción explorada.
- Ambas tareas dan un conocimiento exhaustivo del entorno y del negocio a la empresa.
- Analizar los riesgos de las actividades futuras.
El futuro nunca es cierto enteramente, y la tarea de presupuestarlo supone asignar probabilidades de ocurrencia a cada una de sus posibles presentaciones, lo cual favorece el análisis de los riesgos en que se incurre en cada alternativa.
- Descentralizar y delegar.
Tareas ambas tanto más sencillas cuanto más claras están las acciones posibles para lograr los objetivos, y los propios objetivos, que es lo que se hace al presupuestar.
- Detectar desviaciones.
Las previsiones presupuestarias se confrontan con la realidad, al implementar los planes de acción decididos, y se explicitan y miden las desviaciones entre unas y otras.
- Coordinar actividades entre Departamentos.
Que se simplifica al presupuestar sus programas cada uno de ellos, por la necesidad de conciliar planes de acción conjuntos en los proyectos empresariales, y discutir los medios y recursos a emplear.

La gestión presupuestaria se apoya sobre previsiones hechas en función de condiciones interiores y exteriores a la empresa. A partir de estas previsiones, los responsables reciben atribuciones, programas y medios expresados en valor y en cantidad por un periodo determinado.

Como se ha señalado anteriormente, presupuestar es un proceso técnico que supone fijar los objetivos de la organización y programar los medios necesarios para lograrlos, al menor coste de las alternativas posibles de acción, o en su mayor grado de consecución utilizando los recursos disponibles.

Las condiciones necesarias que preceden a la aplicación de un modelo presupuestario en una organización son las siguientes:

- Una estructura organizativa detallada, con procesos asignados a los distintos departamentos y unidades asistenciales y no asistenciales, y con medios determinados al mismo.
- Líneas jerárquicas definidas en la estructura.
- Distribución de atribuciones y responsabilidades en los Centros de Responsabilidad en que se divide la organización.
- Clasificación en los objetivos con concreción en su consecución.
- Un sistema de contabilidad desarrollado, a fin de poder reflejar las cifras presupuestadas, recoger las realizadas una vez comenzado el plan de acción, y medir eventuales desviaciones que pudieran producirse entre unas y otras.

Modelos de presupuestacion.

a.- Presupuesto Incremental:

Las cuantías de las magnitudes que lo forman se han calculado asignando un incremento porcentual a las del presupuesto correspondiente al periodo inmediato anterior. Dicho incremento es la aplicación de estándares como el IPC (Índice de Precios al Consumo) etc. Por lo tanto, perpetúa

hábitos de presupuestación al partir de un modelo histórico, es poco analítico, no contempla alternativas, se da como buena la hipótesis inicial.

b.- Presupuesto flexible:

- En este caso, las cifras que lo conforman no son fijas, al contemplar intervalos para cada magnitud presupuestada, en reconocimiento al riesgo de no ocurrencia de lo previsto.
- Es más analítico que el incremental, aunque también parte de un modelo histórico y perpetúa hábitos, si bien permite conocer algo más la organización, al precisar analizar las necesidades para cada valor del intervalo, lo cual supone más participación (estimulando, por tanto, la motivación) de los participantes en la organización. Además, requiere revisarse y adaptarse en función al grado de cumplimiento de las previsiones.
- Estas revisiones permiten mejorar la comunicación de las diferentes estructuras de la empresa.

c.- Presupuesto base cero:

Se configura sin consideración de ningún presupuesto anterior. Su principio es el de que nada existe consolidado y reconocido como necesario, y cada unidad monetaria debe justificarse, analizando su necesidad.

Y ésta es su principal característica, la de ser analítico, en alto grado, lo que agranda las ventajas frente al incremental y al flexible en lo que concierne a permitir un mejor conocimiento de la organización, realizar un análisis de las necesidades, estimular la motivación y la participación, requerir de revisiones y readaptaciones, y mejorar la comunicación de las diferentes estructuras.

La elaboración de un presupuesto en base cero:

- Efectúa un análisis exhaustivo de la organización.
- Establece objetivos de las distintas actividades a corto, medio

- y largo plazo.
- Asigna prioridades.
- Identifica los problemas comunes entre distintos departamentos.
- Efectúa evaluación de directivos en función de las actividades y beneficios esperados que comprometió en el presupuesto.
- Logra reducciones en los gastos.

Cambios organizativos

A partir de la época de los setenta, se despliega en el mundo empresarial una serie de reformas que tienen como eje central la importancia concedida a los temas de gestión. La internacionalización de los mercados industriales, comerciales y financieros provocan problemas de coordinación y ponen de relieve los desajustes entre las estructuras. Desde entonces las tendencias de organización empresarial van encaminadas a estructuras simples con gran autonomía, énfasis en el trabajo en equipo, aplanamiento de estructuras y delegación, y descentralización de poder y autoridad.

Las Organizaciones Sanitarias, han tenido que hacer frente a nuevos e importantes retos como consecuencia de los cambios que se han producido en su entorno; aparición de nuevas patologías, incremento de parque tecnológico, restricción de gasto público, incremento de factura farmacéutica, etc. Como consecuencia de ello, aparecen nuevas iniciativas de organización y gestión, que sean capaces de garantizar la sostenibilidad económica, promoviendo la incorporación de nuevas técnicas empresariales en su gestión.

Durante los años ochenta y noventa, se trató de Instrumentalizar como modelo de gestión en los centros sanitarios la Dirección por Objetivos. En este momento, se plantea una nueva concepción del modelo de gestión que implica a los profesionales clínicos en la **Gestión de Recursos**, y que Introduce los términos de participación, **descentralización de la gestión** y transferencia de riesgos. Se pretende con ello, la implicación de las Unidades de Producción (Centros de Responsabilidad) en la gestión de los

recursos, con la finalidad de involucrar a los profesionales en el resultado final, tanto de actividad como económicos.

Este proceso de cambio organizativo, que implica la descentralización de las decisiones a los responsables de las unidades clínicas y asistenciales, precisa definir:

- Qué se quiere descentralizar: **La Gestión de Recursos.**
- Hacia quién: **Los responsables de las Unidades Clínicas.**
- Los **objetivos** que se quieren alcanzar, y cómo se van a medir los resultados: **Tanto de actividad como económicos.**

El objetivo es desarrollar organizaciones más flexibles, capaces de garantizar la calidad en la provisión de servicios y mejorar los niveles de cobertura y los indicadores de salud, mediante una utilización más eficiente de los recursos. Esto supone reconocer la responsabilidad de los profesionales sanitarios no solo sobre la actividad desarrollada y la calidad con que prestan sus servicios, sino también sobre los recursos que utilizan.

Los procesos de mejora de gestión tratan de dar sentido económico a las decisiones y examinar como inciden éstas en los resultados. Desarrollar la capacidad de fijar objetivos de gestión y comprobar cómo se integran en un presupuesto.

El presupuesto clínico

Como se ha señalado, el presupuesto es un documento que cuantifica monetariamente los recursos materiales y humanos que necesita un proveedor para llevar a cabo su actividad a lo largo de un periodo de tiempo. El presupuesto está ligado necesariamente al volumen y tipo de actividad de la organización. Hasta fechas más recientes, los centros sanitarios recibían un presupuesto en función del gasto generado en años anteriores, y sus responsables administraban estos recursos sin otra referencia que el monto total que tenían asignado.

De acuerdo con la filosofía que emana de los nuevos modelos

organizativos y de gestión en los centros sanitarios, es importante que las decisiones operativas se descentralicen a los centros o departamentos en los que se organiza el centro sanitario (Unidades Clínicas). De esta manera, el **presupuesto** se elaboraría en cada **centro de responsabilidad** y cada responsable asumiría la gestión de los recursos que tiene asignados y los resultados derivados de esta gestión, y los presupuestos vinculen recursos asignados con la actividad prevista y resultados esperados.

Este tipo de presupuestos (**Presupuestos Clínicos**) suponen unas mejoras respecto a los presupuestos que se han venido utilizando en los centros sanitarios, incluso en los mejores gestionados. La mejora radica en que tanto actividades previstas como recursos se asignan según el clínico, grupo de clínicos o servicios que es responsable de ellos.

Así en los presupuestos por servicios existentes en algunos hospitales, tanto cirugía general como radiología, por ejemplo, serían centros de responsabilidad con sus actividades previstas. Ahora bien, el número de placas consumidas, por seguir con el ejemplo, solo en parte depende de radiología, ya que las pruebas son ordenadas por los otros servicios, y el responsable de radiología no tiene especial control sobre una variable que tanto le influye en la ejecución de su presupuesto.

a.- Bases para el desarrollo del presupuesto por Unidades Clínicas.

En primer lugar indicar que la elaboración de los presupuestos por **Centros de Responsabilidad**, permiten la utilización de una herramienta fundamental para la gestión de los centros sanitarios ya que permite:

- Implicar a los diferentes responsables en la preparación y elaboración de los Planes de actuación de la organización sanitaria, lo que contribuirá a incrementar el propio conocimiento por parte de los directivos sobre la capacidad de la organización y de sus componentes para alcanzar los objetivos.
- Disponer de información que facilite la toma de decisiones.

- Planificar actividades para cada una de las unidades organizativas.
- Coordinar los diferentes centros de responsabilidad para la consecución de los objetivos estratégicos.
- La motivación para el logro de los objetivos.
- La evaluación posterior del resultado y de la actuación de los diferentes responsables.

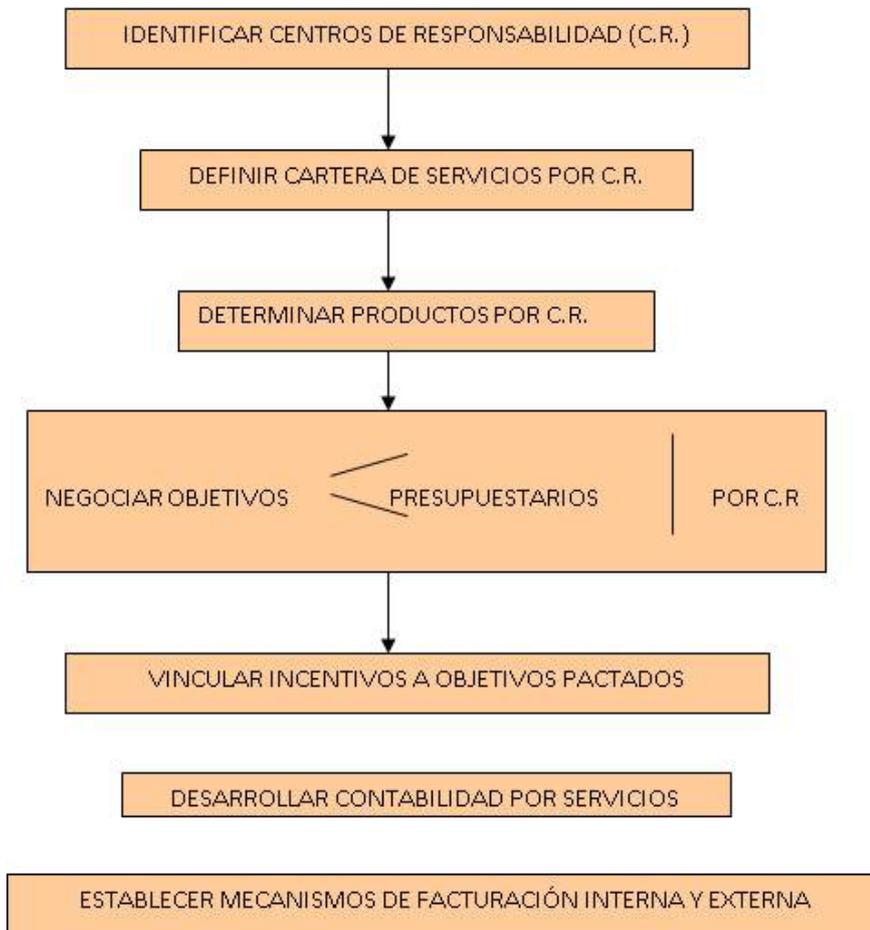
Los requisitos que la organización debe cumplir para realizar presupuestos descentralizados por unidades clínicas son:

- Modelo organizativo que permita descentralizar las decisiones operativas de las unidades.
- Definir una unidad de producto asistencial representativa de la actividad desarrollada, que se pueda medir y que tenga significado clínico.
- Disponer de un sistema de información que permita recoger y explotar la información económica.

El proceso de presupuestos por unidades clínicas sólo tendrá éxito con la implantación de una dirección participativa que configure la organización del centro sanitario en centros de responsabilidad y que establezca mecanismos de vinculación (Acuerdo Cooperativo, Contrato Programa, Etc.) de forma que cada centro de responsabilidad tenga su propio ciclo presupuestario, con el establecimiento de pactos de actividad y recursos.

El siguiente esquema nos da una visión de las bases conceptuales de desarrollo de presupuestos descentralizados por unidades clínicas en un centro sanitario. **(Cuadro 1)**

Cuadro 1: Proceso presupuestario en Unidades Clínicas



Realicemos un breve comentario sobre los distintos pasos enmarcados en el esquema expuesto.

b.- Centros de Responsabilidad.

Es la división real del centro sanitario, constituida por un conjunto de medios, que persiguen un mismo objetivo y cuya actividad puede medirse. Cada centro de responsabilidad se caracteriza por tener una actividad homogénea, un único responsable, una ubicación física, unos objetivos propios, responsabilidad definida, un código identificativo, son entes contables y constituyen centros de control e imputación de gastos.

c.- Cartera de Servicios.

Podríamos decir que la Cartera de Servicios es el conjunto de

los distintos servicios que una unidad clínica ofrece o puede ofrecer a sus clientes, en función de las distintas unidades prestacionales del que está compuesto. Hasta fechas recientes los presupuestos de actividad se realizaban (hoy día algunos hospitales lo siguen realizando de esta forma) exclusivamente a través del comportamiento de su cartera de servicios, de la siguiente forma:

<p>Cartera de servicios</p>	<p>Ingresos Estancias Primeras Consultas Relación Consultas Sucesivas/Primeras Actividades Extraídas</p>
<p>Análisis de Recursos</p>	<p>Personal Camas en funcionamiento</p>
<p>Estimación Objetivos Actividad</p>	<p>Necesidades de los usuarios Actividad histórica Mejora de indicadores</p>

d.- El Producto.

El concepto de producto va ligado de forma directa a los servicios que presta la unidad clínica y por tanto, va a referirse a la tipología de casos que se atiende así como la gama de actividades que se presta al paciente hasta su alta, se puede afirmar que estrictamente, una unidad clínica genera tantos productos como pacientes trata. Bajo esta perspectiva se entiende una nueva dimensión del producto: la composición de casos o **case-mix** entendido este, como el catálogo de diagnósticos de enfermedades, que resulta de la combinación de las diferentes enfermedades y problemas de salud específicos, de una determinada institución o sistema sanitario.

e.- Vinculación de Incentivos a Objetivos Pactados.

Diseñar un buen sistema de incentivos para los profesionales

que prestan sus servicios en las unidades clínicas supone, entre otras cosas, que los profesionales perciban claramente la relación entre su esfuerzo y los resultados obtenidos. Este sistema de incentivos ligados al cumplimiento de los objetivos pactados, lo que realmente está haciendo es derivar ganancias como consecuencia del aumento del esfuerzo de los profesionales en obtener los resultados deseados.

f.- Desarrollar Contabilidad por Servicios

De tal forma que al menos se pueda establecer una cuenta de resultados provisional que recoja los ingresos derivados de la actividad y gastos previstos en la producción del periodo que se está presupuestando y a su vez clasificados según su naturaleza.

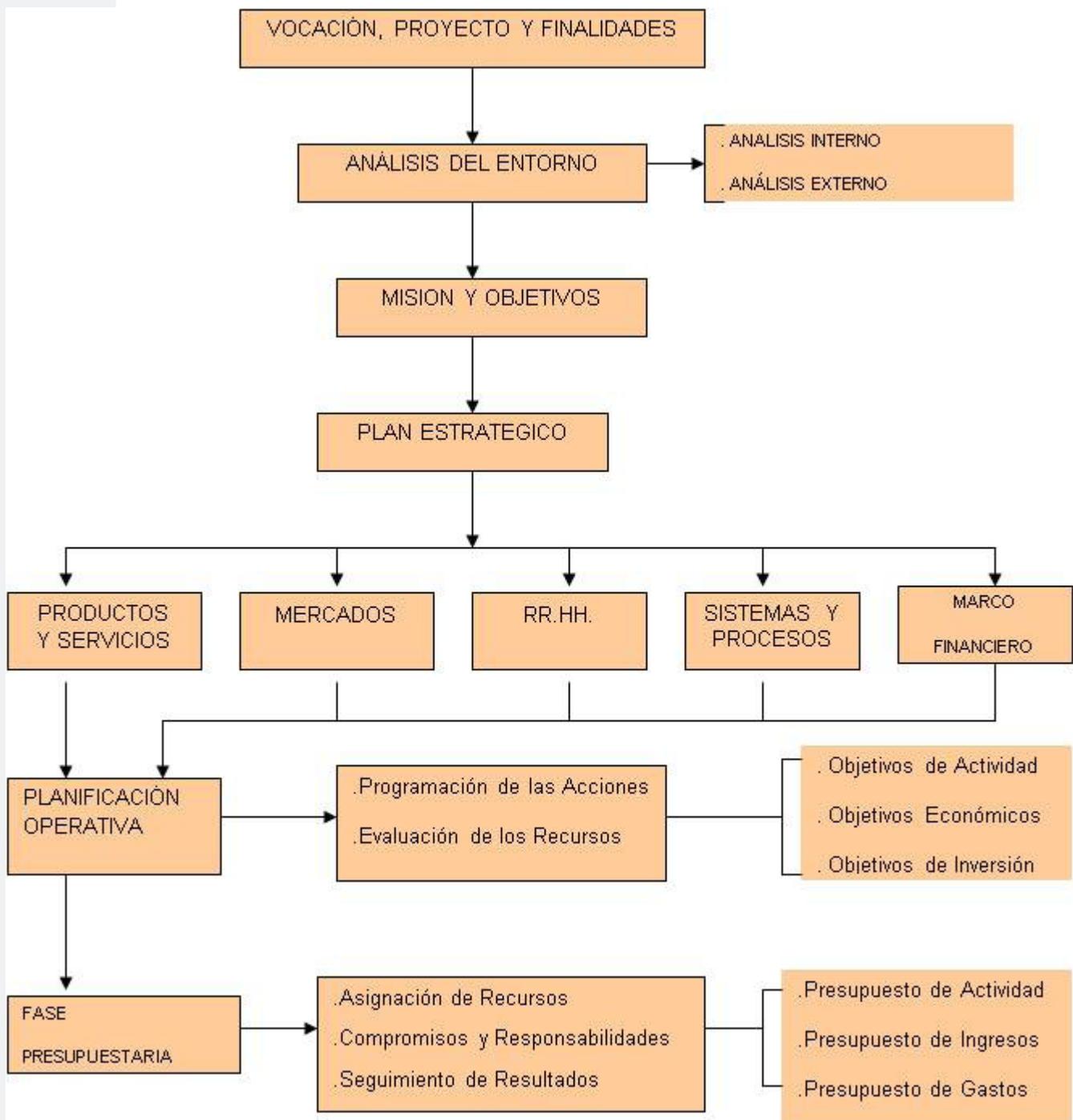
g.- Establecer Mecanismos de Facturación Interna y Externa.

La unidad clínica, tal como la estamos considerando, se conforma como unidad de negocio dentro de una estructura empresarial más amplia que es el centro sanitario. La implantación de facturación interna en el centro sanitario, redundaría sin duda alguna en una disminución de consumos. El ejemplo referido anteriormente, el número de placas solicitadas a radiología, serían facturadas a la unidad clínica peticionaria, a su coste o precio de referencia establecido.

Estructura y evaluación del presupuesto

En primer lugar indicar, que **el presupuesto es el documento central en expresión monetaria del plan de acción anual.** El plan de acción anual (planificación operativa) vendrá dado por la orientación emanada de la **planificación estratégica**, que orientará las acciones que se tienen que llevar a cabo para alcanzar las metas y los objetivos. **(Cuadro 2).**

Cuadro 2: .Planificación estratégica

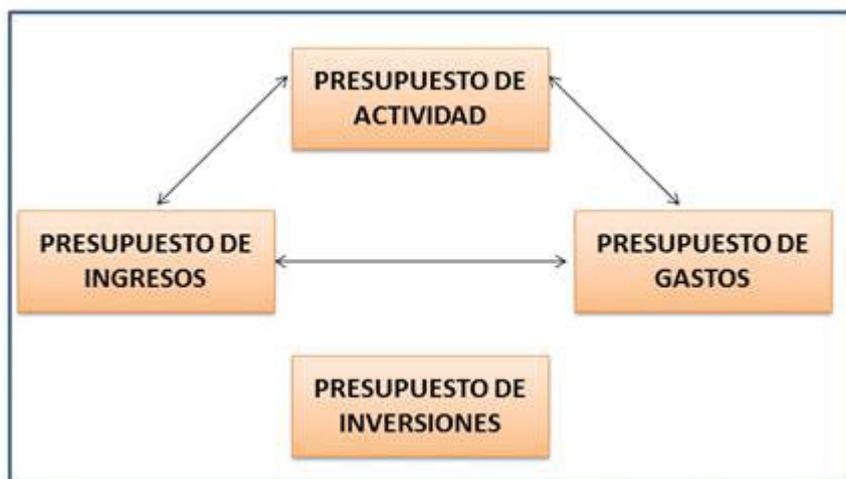


Los planes estratégicos solo tienen éxito si se orientan en el desarrollo de las responsabilidades operativas y motivan a los centros de responsabilidad a cumplir las metas y objetivos de la organización sanitaria.

La planificación operativa identifica las tareas y actividades que han de desarrollarse, identificando las responsabilidades de

su realización, y los recursos necesarios para llevarlos a cabo, en un marco temporal determinado (normalmente un año). **El impacto económico de estas actuaciones tendrá su reflejo en el presupuesto. (Cuadro 3)**

Cuadro 3: La planificación operativa en el marco presupuestario



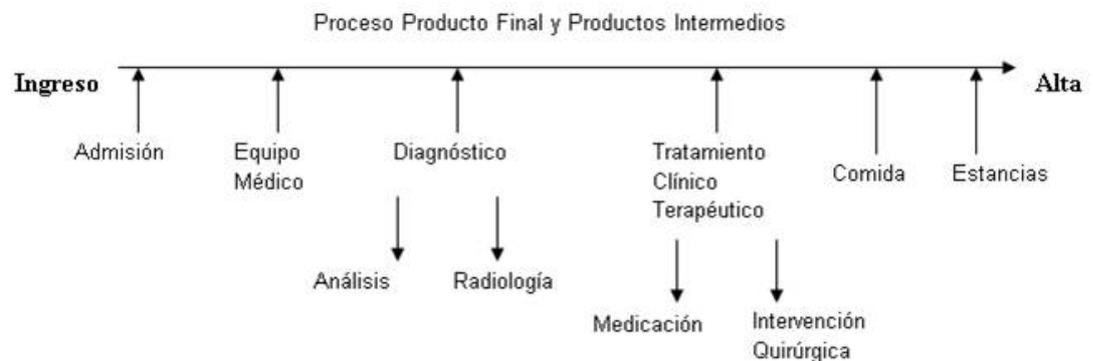
Configuración presupuestaria

a.- Presupuesto de Actividad.

Las unidades clínicas determinan la actividad que realizarán en el marco temporal determinado, de acuerdo a los objetivos identificados en la fase de la planificación operativa y los datos históricos disponibles. La determinación de los objetivos de actividad vendrán dados por: necesidades de los usuarios (variación de los patrones epidemiológico, e indicadores sanitarios); capacidad que la propia estructura permite (número de camas, capacidad quirófanos, etc.); variación de indicadores de utilización de servicios y recursos (estancia media, índice de ocupación, tasas de intervención, tasas de consultas, etc.).

Es necesario definir la unidad representativa de medida del producto asistencial. El producto asistencial es cada uno de los procesos tratados en la unidad clínica; decíamos anteriormente que una unidad clínica genera tantos productos como pacientes trata, y cada proceso incluye todos los servicios que recibe un paciente durante el transcurso del mismo (pruebas diagnósticas,

estancias, intervenciones quirúrgicas, etc.) y cada uno de estos servicios constituyen lo que se denomina un producto intermedio.



La gran diversidad de pacientes, constituye un elemento poco manejable y difícilmente medible, por lo que se hace necesario utilizar sistemas de agrupación de pacientes por tipo o línea de producto, y encontrar una unidad de medida de producto asistencial con significado clínico que además agrupe pacientes susceptibles de consumir una misma cantidad de recursos.

El *case-mix* ya mencionado anteriormente nos aporta un nuevo estilo basado en la medida del producto que se obtiene de la actividad asistencial. Para ello, la unidad clínica precisa disponer de:

- a) Un sistema de agrupación de pacientes que permita definir y clasificar el producto.
- b) Un sistema de información que integre los aspectos clínicos, administrativos y financieros.
 - La información clínica corresponde a los códigos de la C.I.E.-9-M.C.
 - Los datos acerca de edad, sexo del paciente, fechas de ingreso y alta, etc., corresponden a la información administrativa.
 - Los aspectos sobre facturación, gastos, costes, etc., corresponden a la información financiera.

Uno de los sistemas de *case-mix* basados en la C.I.E.-9-M.C. más utilizados es el de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRDs).

El *case-mix* nos permite sintetizar en una única medida las múltiples actividades que la unidad clínica desarrolla (procesos atendidos) y mediante el empleo de un índice (índice case-mix), conocemos la complejidad de los procesos atendidos. El volumen de actividad se cuantifica mediante **Unidades de Complejidad Hospitalaria (UCH)**, que se obtiene del sumatorio del número de altas por sus respectivos pesos, $UCH = \sum A_{(i)} \times P_{(i)}$ y que como posteriormente veremos se convierte en la unidad representativa de la actividad, ya que ésta a su vez se transforma o puede transformarse en la unidad base para el cálculo de ingresos.

Ejemplo de un presupuesto de actividad de una Unidad Clínica: supongamos una Unidad de Traumatología de un Hospital General de 1.400 camas. Considerando solamente sus diez primeros procesos (GRDs), y que suponen el 56,33% de su actividad.

PRESUPUESTO DE ACTIVIDAD - UNIDAD DE TRAUMATOLOGÍA

GRDs	DESCRIPCIÓN	Nº ALTAS 2003	FRECU. %	EST. MEDIA	PESO	UCH
219	PROC. EXTR. INF. Y HUMERO	216	8,19	7	1,7462	377,88
211	PROC. DE CADERA Y FÉMUR	195	7,39	8	1,9150	373,42
225	PROC. SOBRE PIEL	186	7,05	2	0,8657	161,02
231	EXCIS.LOCAL Y ELIM.DISP. FIJA.	167	6,33	3	0,9786	163,43
229	PROC. SOBRE MANO Y MUÑECA	157	5,95	2	0,6536	102,62
209	REIMP. MAYOR ARTICULACIÓN	139	5,27	12	2,5805	358,70
222	PRC. SOBRE RODILLA	110	4,17	3	0,9969	109,66
558	PROC. MÚSCULO ESQUELETICO	109	4,13	22	3,7887	412,97
224	PROC. HOMBRO, CODO O ANT.	106	4,02	3	0,8686	92,07
227	PROC.SOBRE TEJIDOS BLAND.	101	3,83	3	0,9192	92,84
	TOTAL	1.486				2.244,61

b.- Presupuesto de Gastos

Una vez establecida la previsión de actividad, el responsable de la Unidad Clínica identificará los recursos humanos y materiales necesarios para llevar a cabo esta actividad. Por cada una de las actividades previstas se determinaran y valoraran económicamente los recursos materiales (material sanitario, prótesis, farmacia, etc.) y humanos (personal asistencial y no asistencial) necesarios para llevarles a cabo. Por tanto, **el presupuesto de gastos es la consolidación económica de la actividad.**



Para este tipo de presupuestación por Unidades Clínicas basado en la actividad, es imprescindible que el centro sanitario, en su contabilidad analítica distinga los costes fijos y variables ya que esta es la base del presupuesto. Es un sistema que pretende, tomando la actividad como referencia, determinar los recursos que será necesario incorporar a cada una de las actividades asistenciales definidas.

Los departamentos staff y de la tecno estructura (personal, administración, servicios generales) proporcionaran la información y el apoyo técnico necesario para la elaboración del presupuesto.

Sentada la base metodológica, nos es necesario encontrar las herramientas adecuadas que nos permitan identificar de forma clara la cuantía de los recursos necesarios para realizar las múltiples tareas y actividades que se producen a lo largo de un proceso asistencial. Quizá la herramienta por excelencia sean **las guías de práctica clínica**, herramientas de gestión que inciden directamente sobre los aspectos clínicos y contienen la secuencia de actividades, que se deben desarrollar sobre grupos de pacientes con patologías determinadas en un

determinado segmento del dispositivo asistencial, en todos los niveles de atención y por parte de todos los profesionales implicados. De entre las múltiples ventajas de la utilización de las GPC, podríamos destacar que son un instrumento básico para asegurar la calidad, reducen la variabilidad de la práctica clínica, incorporan la evidencia científica al proceso asistencial mejorando su efectividad, etc. para el caso que nos ocupa; **identifican** de forma clara **los productos intermedios de cada proceso y aseguran la utilización adecuada de los recursos disponibles.**

Pongamos un ejemplo utilizando uno de los procesos de la actividad previsional de la Unidad de Traumatología.

EXTRACTO DE GPC – PROC. CADERA Y FÉMUR GRD.211

	Ingreso Día 1	Día 2 Cirugía R.	Día 3 Planta	Día 4 Planta	Día 5 Planta	Día 6 Planta	Día 7 Planta	Día 8 Alta Plta.
Actuación Médica	Si preoperatorio hecho, valorar resultados: si no hecho pedirlo Valorar Rx específicas. Si es preciso actualizarlas	Acto Quirúrgico valorar realización Rx cadera postoperatorio inmediata Retirada de sueroterapia Fisioterapia respiratoria e isométricos	Visita médica Convencional Valorar las Rx y analítica previas y si precisa realizar la orden de petición Vigilancia tromboflebitis MMII	Visita médica Convencional Valorar Heridas Vigilancia tromboflebitis MMII	Visita médica Convencional Valorar Heridas Vigilancia Tromboflebitis MMII	Visita médica Convencional Valorar Heridas. Valorar Movilidad	Visita médica Convencional Control de Heridas	Visita médica Convencional Control de Heridas Información al paciente y familia

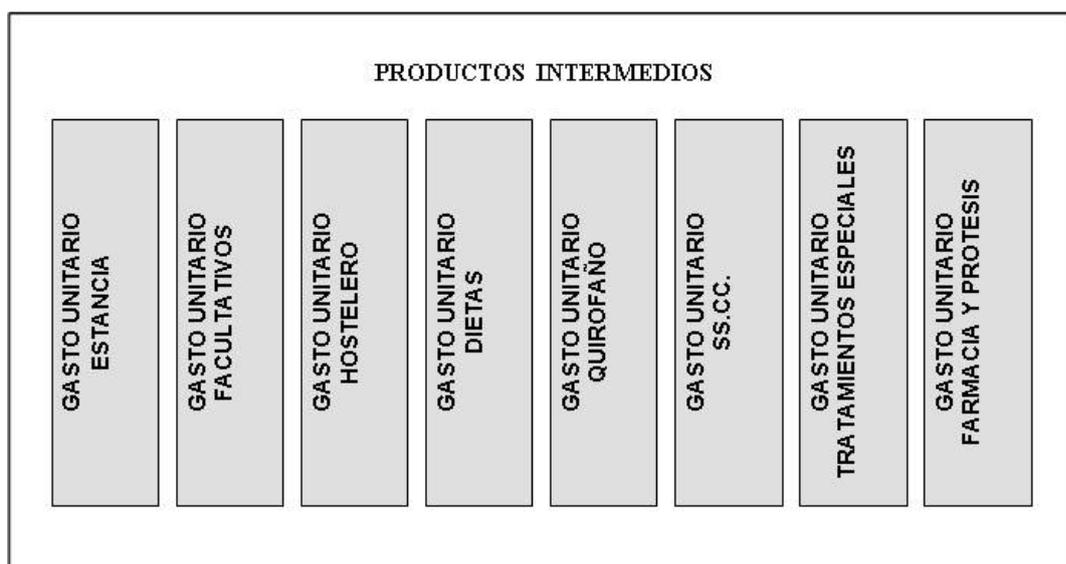
Supongamos que en el preoperatorio para este proceso, esté indicado que hay que realizar: dos placas de tórax, una placa de las dos caderas, una placa axial de cadera afectada, además aproximadamente al 30% de estos pacientes es necesario realizarles una placa de columna por problemas artrósicos, analítica completa y un electrocardiograma. Como vemos, estamos identificando tareas y actuaciones y al mismo tiempo identificamos los recursos necesarios para su realización. Así en este ejemplo (GRD-211), de acuerdo a la actividad prevista

(presupuesto de actividad 195 altas), en esta actuación concreta y suponiendo que los costes en los que se incurre son los reseñados para la realización de las pruebas indicadas, el presupuesto de gastos sería:

PRUEBA	CANTIDAD	COSTE UNITARIO	TOTAL
Placas de Tórax	390	23 u.m.	8.970
Placas de Cadera	195	30 u.m.	5.850
Placas Axiales	195	26 u.m.	5.070
Placas de Columna	59	50 u.m.	2.950
Analíticas Completas	195	10 u.m.	1.950
Electrocardiogramas	195	6 u.m.	1.170
		TOTAL	25.966

Evidentemente, tendríamos que incrementar el gasto de este episodio con el gasto de Recursos Humanos y otros gastos en los que se incurre.

También podríamos llegar a la cuantificación de gastos de este proceso cuantificando monetariamente, a través de la utilización de los costes fijos y los costes variables, el conjunto de episodios que componen cada uno de los productos intermedios que componen el producto final (proceso).



Gasto Unitario Estancia. Se incluirán los gastos de personal de la unidad asistencial (personal sanitario y no

sanitario) y el material utilizado (catéteres, drenajes, sondas, etc.).

Gasto Unitario Facultativos. Aquí el problema que se nos plantea es que el producto final es más de uno por tanto, la imputación de gastos a cada proceso se realiza asignando a cada proceso un valor de equivalencia establecido con los propios responsables médicos, o bien estableciendo estándares de tiempo de actuación.

Gasto Unitario Hostelero. Se incluirán los gastos referidos a amortización, mantenimiento, limpieza, gastos energéticos, lavandería y gastos exteriores si existen.

Gasto Unitario Dietas. Se incluyen los gastos de alimentación que durante todo el proceso incurra el paciente, tomando como base por regla general el coste de menú.

Coste Unitario Intervención Quirúrgica. Se incluirán los gastos, por una parte de forma directa del proceso, los consumos de material, el personal de anestesia y el personal sanitario, y para el resto del gasto utilizaremos como unidad de gasto el tiempo de utilización de quirófano.

Gasto Unitario SS.CC. El cálculo de gasto de las pruebas solicitadas a Servicios Centrales (laboratorios, radiología, etc.) se realiza utilizando unidades relativas de valor a través de tablas de equivalencia, que dan valores a cada uno de los procedimientos que implica la realización de las pruebas o determinaciones, o bien a través de escandallo individual de gastos de cada una de las pruebas.

Gasto Unitario Farmacia y Prótesis; en el caso de farmacia calculado a precio medio ponderado y en prótesis a su valor de compra.

Es conveniente que una vez cuantificada los recursos necesarios, para la realización de la actividad prevista en el ejercicio presupuestario que estamos considerando, se identifiquen en soporte documental aquellos aspectos más relevantes referidos a recursos por cada uno de los procesos. A modo de ejemplo:

b .1.- Protocolo de recursos clínicos

PROCESO: Procedimiento Cadera y Fémur

CODIGO: GRD 211

Nº CASOS Y % (AÑO N) _____

Nº CASOS PREVISTOS Y % (AÑO N+1) _____

ESTANCIA MEDIA (AÑO N) _____

ESTANCIA MEDIA PREVISTA (AÑO N+1) _____

E. PREOPERATORIO (AÑO N) _____

E. PREOPERATORIO PREVISTA (AÑO N+1) _____

IMPORTE FACTURACIÓN _____

b. 2.- Estimación de recursos

ESTANCIAS	NUMERO	COSTE
Generales		
UVI		
UCI		

b. 3.- Pruebas diagnósticas terapéuticas

Una vez realizado el presupuesto de gastos de la unidad clínica en función de la actividad prevista, el siguiente paso será realizar la cuantificación y clasificación del gasto atendiendo a su naturaleza, de tal forma que el presupuesto de la unidad clínica se puede consolidar en el presupuesto de gastos del centro sanitario. A modo de ejemplo se muestra un resumen de las partidas más importantes del presupuesto de gastos.

- Compras de aprovisionamiento
- Trabajos y servicios realizados por otras empresas
- Servicios exteriores
- Gastos de personal

Para consolidar el presupuesto el Centro Sanitario tendrá que agregar los importes de las partidas correspondientes a los presupuestos de gastos de cada uno de los Centros de Responsabilidad e incluir todas aquellas partidas que se gestionan y se calculan de forma centralizada. Estas últimas partidas no tienen ningún sentido que se calculen y se incluyan en el presupuesto de gastos de la Unidad Clínica, al no tener los responsables de las Unidades capacidad de influir sobre ellas. Su imputación al Centro de Responsabilidad se realizará basándose en criterios de reparto.

c.- Presupuesto de ingresos.

Una vez definida la previsión de actividad se calcula el presupuesto de ingresos del periodo, teniendo en cuenta, tal como se ha señalado en la elaboración del presupuesto de actividad, la capacidad que la estructura permite (nº de camas, capacidad de consultas, quirófanos, SS.CC., etc.). Por tanto, el presupuesto de ingresos se calcula a partir de la actividad prevista, y no de los ingresos históricos generados en anteriores periodos.

Según el modelo de financiación del sistema de salud al que pertenezca el centro sanitario, el cálculo de ingresos correspondiente a la prestación de servicios, se realizará de forma diferente.

Si el modelo de financiación es por **asignación capitativa** (según población atendida) se hará una previsión de los ingresos, considerando los datos de población ajustados por las variables que se establezcan (pirámide población, dispersidad población, patrones epidemiológicos, etc.).

En el supuesto que el sistema de financiación fije un **sistema de pago por actividad**, tendríamos que calcular los Ingresos según la previsión de actividad.

Para poder hacer una valoración económica, la actividad se traduce en unidades monetarias, estimando la tarifa aplicada a las unidades de actividad establecida en el contrato de gestión entre comprador y proveedor.

En la actualidad en los contratos de gestión entre compradores y proveedores de servicio de salud, se están utilizando dos tipos de Unidades de Referencia de Actividad, como unidades de medida de la actividad hospitalaria y como forma de pago de los servicios concertados.

La UPA (Unidad Ponderada de Asistencia), unidad que trata de homogeneizar toda la actividad a una unidad, que es la **estancia** o **día de hospitalización**, el resto de la actividad ha de ser traducida a este común denominador mediante coeficientes. La equivalencia de forma resumida es la siguiente:

Estancias médicas	1,00 UPA
Estancias quirúrgicas	1,50 UPA
Estancias en UCI	5,80 UPA
Primeras consultas	0,25 UPA
Consultas sucesivas	0,15 UPA

La utilización de UPA, plantea serios problemas para su utilización como herramienta. La utilización de la UPA como unidad de referencia de la actividad hospitalaria y como instrumento de presupuestación parece un indicador insuficiente, si bien se utiliza para facturar servicios. Además presenta problemas, también como indicador de medidas de actividad, ya que no tiene relación con consumo al realizar una homogeneización excesiva, puede primar actuaciones incorrectas y mezcla conceptos (consumos y objetivos).

La otra unidad de referencia de la actividad **es la UCH (Unidad de Complejidad Hospitalaria) que cuantifica el volumen de actividad realizado y en función de las altas (proceso realizado) y su peso (complejidad ponderada en función de consumo de recursos).**

Tomando como referencia la unidad de traumatología y el ya

utilizado GRD 211, el presupuesto de ingresos, utilizando como unidad de facturación la UPA y la UCH sería:

UPAs .- Consideramos que por cada alta se producen 2 primeras consultas, y por cada primera 3 sucesivas).

195 (altas) x 8 (EM)	= 1.560 x 1,50 (estancia quirúrgica)	= 2.340,00 UPAs
195 x 2 (1ª consultas)	= 390 x 0,25	= 95,50 UPAs
390 x 3 (2ª consultas)	= 1.170 x 0,15	= 175,50 UPAs
TOTAL		2.611,00 UPAs

Ingresos = 2.611 x Y (precio establecido por UPA)

UCH.-

$$\sum A_{(i)} \times P_{(i)}$$

$$\sum 195 \times 1,9150 = 373,42$$

Ingresos = 373,42 x Z (precio establecido por UCH)

Lo mismo que hacíamos en el presupuesto de gastos, el siguiente paso será la cuantificación y clasificación de los ingresos atendiendo a su naturaleza, de tal forma que el presupuesto de la unidad clínica se pueda consolidar en el presupuesto de ingresos del centro sanitario.

d.- Presupuesto de inversiones

En el plan de necesidades de inversiones se concretan las necesidades de infraestructuras (instalaciones, equipamiento y equipos, etc.) que precisa la unidad clínica para realizar su actividad en las mejores condiciones y con los mejores medios que permite el momento tecnológico. En principio es un plan de máximos, pero tiene que estar íntimamente relacionado con los objetivos asistenciales asignados al Centro Sanitario y con las disponibilidades del mercado en materia de bienes de equipo e instalaciones. Hay que tener en cuenta que el establecimiento de objetivos asignados al centro sanitario corresponde a un terreno técnico-político y en gran medida supera el ámbito del centro

concreto. A modo de ejemplo, no parecería muy razonable que una unidad de cirugía de un hospital comarcal, incluyese en su plan de necesidades de inversión, instalaciones y equipamientos para realizar trasplantes hepáticos. Por tanto, la dirección del centro sanitario debe asegurar que este plan de inversiones sea coherente con las líneas estratégicas y con la disponibilidad de recursos.

Los planes de necesidades de inversión se deben priorizar en función de los objetivos de la organización, ya que es habitual que no existan recursos suficientes para poder cubrir todas las necesidades planteadas.

El establecimiento de prioridades es uno de los elementos esenciales de la función directiva. Existen técnicas que favorecen el establecimiento de estas prioridades.

El proceso de actuación debe ser el siguiente:

a) Clasificación de los elementos del Plan en:

- Necesidades netas por situaciones bajo estándar.
- Necesidades de reposición por obsolescencia.
- Necesidades por innovación tecnológica.
- Necesidades por incremento de actividad.

b) Establecimiento de planes parciales de equipamiento general.

Consiste esta operación en extraer del Plan aquellos elementos comunes a conjuntos de unidades susceptibles de actuación programada, como por ejemplo el mobiliario básico o la informática.

Estos programas de dotación o reposición pueden realizarse por etapas y además favorecer la estandarización del equipamiento. Por otro lado, tienen un efecto imagen importante.

c) Estudios Individuales justificados de necesidades concretas.

Análisis de rendimientos, ahorro de material fungible o de personal, etc.

Además de lo anteriormente expuesto, los responsables de las Unidades Clínicas, por cada uno de los elementos solicitados, deberán acompañar los siguientes documentos:

- **Memoria explicativa de la problemática actual y evolución prevista, en el caso de no realizarse la inversión.**
- **Resultados esperados de la inversión: importancia en la consecución de los objetivos.**
- **Calendario de ejecución.**
- **Coste de la inversión (estimación del coste global y explicación de la obtención del mismo).**

En este último punto, explicar que la valoración económica no solo debe recoger el valor de adquisición del elemento solicitado, sino también los gastos que genere el proyecto, una vez que se haya puesto en funcionamiento como: materiales, suministros, gasto de nuevo personal, formación, etc.

Es aconsejable, si las condiciones económicas lo permiten, que los centros sanitarios deberán invertir cuanto menos el valor de las amortizaciones, ya que de otra forma se estaría descapitalizando la organización sanitaria. (La amortización refleja la pérdida de valor de los activos, debido al desgaste que sufren en: la producción de los servicios, por obsolescencia o por el paso del tiempo).

El control presupuestario

En un sentido estrictamente matemático o contable, **control** significa simplemente “**comparación entre previsiones y resultados**” y se expresa por la ecuación:

Previsiones - Realizaciones = ± Desviaciones

Un sistema de Control Presupuestario moderno se concibe como un **Sistema de Información-Control** superpuesto y enlazado continuamente con la gestión, establecer las medidas adecuadas de seguimiento y proponer las soluciones específicas para corregir las desviaciones. El control presupuestario es activo en el sentido de Influenciar a la dirección para diseñar el futuro y crear continuamente las condiciones para hacerlo realidad.

En este sentido, el control presupuestario se conforma en un cuadro de mando donde se reúnen los indicadores más relevantes para realizar el control de la ejecución. El responsable de la unidad clínica deberá procurar que la información reúna las condiciones siguientes:

- El cuadro de mando debe incluir solo los datos precisos y necesarios para el conocimiento permanente de la situación del núcleo operativo.
- La información tiene que ser exacta, completa y oportuna.
- Que sea posible la comparación en el tiempo para poder analizar la evaluación de la gestión.
- Debe ser claro y sencillo.

Al realizar el análisis de las desviaciones deberemos profundizar en la explicación de las causas que las han producido, y analizar si éstas se deben al entorno o son imputables a la gestión de los recursos. Por lo tanto, surgirán dos tipos de desviaciones:

Desviación técnica: o desviación en cantidad, ésta se produce cuando la cantidad estándar prevista para una actividad asistencial determinada no coincide con la real.

$$D_T = P_S \times (Q_r - Q_S)$$

D_T = Desviación Técnica; P_S = Precio estándar; Q_r = Cantidad real; Q_S = Cantidad estándar

Desviación económica: o desviación en precio, ésta se produce cuando la causa de la desviación viene motivada por el comportamiento de los precios, produciéndose una diferencia entre los precios estándares y los precios reales soportados.

$$D_e = Q_r \times (P_r - P_s)$$

D_e = Desviación económica; Q_r = Cantidad real; P_r = Precio real; P_s = Precio estándar

Como vemos, el control presupuestario, sirve también para controlar como se gestionan las actividades y la adscripción de responsabilidades.

Conceptos básicos.-

- **Presupuesto**
- **Centro de responsabilidad**
- **Gestión clínica**
- **Servicios**
- **Producto**
- **Planificación**
- **Actividad**
- **Ingresos**
- **Gastos**
- **Inversiones**

Referencias bibliográficas

1. *Pérez de Mendiguren SO, Marco JC. Pasos básicos para la gestión económico-financiera . CHC Consultoría i Gestió. Barcelona. 2002.*
2. *Fernández A, Soto J. Apuntes de gestión económica y servicios no asistenciales. Master de Gestión de Centros y Servicios Sanitarios. Centro Universitario de Salud Pública. Madrid. 1998.*
3. *La contabilidad de gestión en los centros sanitarios. Principios de contabilidad de gestión de AECA. Ed. AECA. Madrid. 1997.*
4. *Mayo C, Merlo J. Control de gestión y control presupuestario. Ed. Mcgraw-Hill. Madrid.1998.*
5. *Sevilla F. El Producto hospitalario. Resumen de la ponencia presentada en las Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Hospitalarios. Hellín. 1993.*

Glosario

Centro de Responsabilidad.

Es la división real del centro sanitario, constituida por un conjunto de medios que persiguen un mismo objetivo y cuya actividad puede medirse. Se caracteriza por tener una actividad homogénea, un único responsable, una ubicación física, unos objetivos y responsabilidad definida.

Case-Mix.

Catálogo de diagnósticos de enfermedades, que resulta de la combinación de las diferentes enfermedades y problemas de salud específicos, de una determinada institución o sistema sanitario.

Descentralización.

Política empresarial que consiste en dotar de autonomía, autoridad y capacidad de decisión a los órganos periféricos, en lugar de que estén establecidos en el órgano central.

Desviación.

Diferencia que se observa en las ventas, costes, resultados, etc., reales y presupuestados por un periodo de tiempo, de manera que su análisis permite evaluar la actuación de la institución.

Gasto.

Aplicación de los recursos, que tienen como contrapartida una contra prestación en bienes o servicios.

GRD.

Los grupos relacionados por el diagnóstico, constituyen un sistema de clasificación de pacientes, que permiten relacionar los

distintos tipos de pacientes tratados, es decir, su casuística con el coste.

Objetivos.

Enunciado de los resultados que se desean alcanzar por una organización, a través de las actuaciones de gestión y que pueden conseguirse en un periodo de tiempo determinado.

Presupuesto.

Expresión en términos cuantitativos y monetarios, del conjunto de los diferentes planes de actuación de una organización y de cada uno de sus centros de responsabilidad que se han fijado para un periodo de tiempo determinado.

Producto.

Es un bien o servicio que se utiliza o percibe como capaz, para satisfacer una necesidad humana. Cantidad producida que se alcanza utilizando una combinación técnicamente determinada de factores. Suele distinguirse entre productos intermedios y finales. Los productos intermedios se refieren a las distintas actividades que se integran en el proceso global de producción componiendo el producto final.

Recursos.

Todo tipo de profesionales, instrumentos, objetivos o condiciones, disponibles y necesarios para desarrollar una actividad determinada, conducente a la satisfacción de necesidades.