

11.6 Aspectos prácticos de la elaboración de un presupuesto en los centros de gestión directa



Principales pasos a seguir para la elaboración de un presupuesto de un centro sanitario público. La evolución del presupuesto al contrato programa como herramienta de gestión y asignación de recursos. Principales características del contrato programa.

Autor: Juan José Cañas Sancho

Director Económico Financiero. Rivamadrid

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Cañas Sancho J.J. Aspectos prácticos de la elaboración de un presupuesto en los centros de gestión directa [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2013 [consultado día mes año]. Tema 11.6. 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:

En España la gestión de la sanidad está transferida a la Comunidades Autónomas. A lo largo de este tema intentaremos comprender la evolución que ha tenido la presupuestación de los centros sanitarios de gestión directa desde el inicio del proceso transferencial que se inició en 1981 (con la transferencia a Cataluña) a nuestros días, describiendo los aspectos más generalizables y que entendemos han arraigado en la cultura de la gestión sanitaria pública.

Como parece evidente ya han pasado más de treinta años desde

que se inició la descentralización de la gestión a las comunidades autónomas, y por ello existen distintas experiencias y reformas en la gestión del sistema que podemos evaluar.

1. *Introducción*
2. *El punto de partida. arrancando casi de la nada*
3. *Los centros de gestión directa*
4. *La diferenciación entre financiación, compra y provisión en los servicios sanitarios*
5. *El presupuesto*
6. *Elaboración del presupuesto*
 - *Capítulo I. gastos de personal*
 - *Capítulo II. Gastos corrientes en bienes y servicios*
 - *La farmacia. Las recetas*
 - *Capítulo 6. Inversiones reales*
 - *Actividades extraordinarias y acciones nuevas*
7. *El contrato programa o contrato de gestión*
8. *Conclusiones*
9. *Referencias bibliográficas*

Me van a permitir que en este tema, ya que su propio título "Aspectos prácticos...", invita a ello, abandone el rigor académico en muchos de sus apartados y hable más desde la experiencia, con el corazón del gestor que ha estado en las dos partes del barco: el centro sanitario y el servicio de salud. Hay que explicar la realidad, o, al menos, la visión de la realidad que uno ha adquirido. Seguro que aunque no compartan muchas de mis impresiones al menos espero fomentar la crítica y por tanto la reflexión serena.

Es importante destacar la diferencia que existe entre el presupuesto y lo que hemos dado en llamar contrato programa o contrato de gestión, siendo realmente por este último por lo que se guían los centros sanitarios. Por tanto en el tema haremos una referencia al presupuesto y hablaremos también de la evolución que han experimentado los contratos programa, como verdadera herramienta de control y de gestión y de descentralización de la misma.

Veremos en el tema cómo se elaboran los presupuestos, cómo se negocian, cómo se trasladan al conjunto de la organización,

cómo se evalúan y que consecuencias tiene su cumplimiento o incumplimiento.

Introducción

La gestión de la sanidad en nuestro país ha sido transferida a la Comunidades Autónomas, siendo pertinente comprender la evolución que ha tenido la presupuestación de los centros sanitarios de gestión directa desde el inicio del proceso transferencial en 1981 (con la transferencia a Cataluña) a nuestros días, y describir los aspectos más generalizables que entendemos han arraigado en la cultura de la gestión sanitaria pública.

Han pasado más de treinta años desde que se inició la descentralización de la gestión a las comunidades autónomas existiendo, por tanto, distintas experiencias y reformas en la gestión del sistema que podemos evaluar.

Es necesario, por tanto enmarcar los grandes hitos que hemos vivido en nuestro país en este lapso temporal, donde podríamos diferenciar tres etapas significativas (**Cuadro 1**):

- La primera podría abarcar desde el inicio del proceso transferencial hasta la elaboración del “Informe y Recomendaciones de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud” en 1991, por todos conocido como el Informe Abril, donde el principal factor a destacar es la promulgación de la Ley General de Sanidad.

En esta primera etapa es clave, cómo decíamos la configuración del nuevo modelo derivado de la Ley General de Sanidad. Uno de los grandes objetivos pasa por la universalización de la atención sanitaria, así como la progresiva financiación de la misma mediante impuestos. Hay que buscar nuevos modelos organizativos y comienza una preocupación creciente por la contención del gasto sanitario, lo que genera fuertes tensiones. También es destacable la sobresaliente, a mi juicio, reforma de la Atención Primaria, donde vamos a pasar de unos

dispositivos asistenciales basados en ambulatorios de la Seguridad Social a Centros de Salud y al concepto de Equipo de Atención Primaria, dejando claro que este nivel asistencial debe ser la puesta de entrada al sistema.

En esta etapa los centros sanitarios funcionaban con un sistema de financiación retrospectivo, un presupuesto fundamentalmente de carácter administrativo, con escaso control, y una asignación deficiente de recursos, destacándose como uno de los principales problemas la necesidad de dotar a los centros de unos equipos de gestión profesionales dotados de autoridad.

- La segunda comprendería desde el “Informe Abril” hasta la finalización del proceso de transferencias y destacaríamos la implantación de los primeros contratos programa, su consolidación y la introducción de la gestión analítica en los centros sanitarios, así como el comienzo del reconocimiento de la gestión clínica como herramienta indispensable para lograr la eficacia y eficiencia en la gestión.

En esta etapa aparece como un objetivo claro el control del gasto, pero a la vez empieza a desarrollarse una cartera de servicios que debe ser financiada, se desarrollan de forma significativa los sistemas de información, y se intenta involucrar a los profesionales en la consecución de objetivos de actividad y de gasto mediante sistemas de incentivos.

Se dan los primeros pasos claros que pretenden separar la financiación, compra y provisión de servicios sanitarios (de lo que hablaremos más adelante) mediante la firma de los contratos programa, que pretenden ser una fórmula de descentralización basada en unos objetivos a cumplir. Se introduce, tímidamente, la comparación y competencia entre centros, y se pretende un sistema de financiación prospectivo (aunque con escaso éxito, pues el presupuesto económico se sigue basando fundamentalmente en el gasto histórico).

- La tercera etapa iría desde el momento que la sanidad ha sido

totalmente transferida hasta nuestros días. Con la sanidad ya transferida asume protagonismo, sobre todo en los últimos años, la crisis económica y es el momento en donde algunos se empeñan en revisar el modelo cuestionándolo todo, adquiriendo un protagonismo no deseado la sanidad que se había consolidado como el elemento del estado del bienestar mejor valorado por los ciudadanos.

Es la etapa de la política (con minúsculas, pues con mayúsculas, a mi juicio es la de la primera etapa), donde aflora con todo su esplendor la escasa capacidad de coordinación del Consejo Interterritorial de las políticas sanitarias, y donde parece producirse un torneo entre comunidades autónomas en ver quien hace más (que no mejor), entrando en un espiral inflacionista de costes (sobre todo de personal) con una nula coordinación entre las distintas comunidades autónomas. Quizás parezca muy crítico, pero gran parte de los problemas actuales derivan de estos tiempos recientes y no de las etapas anteriores, aunque es justo destacar que no todo ha sido negativo; se han producido hechos muy destacables, entre ellos, y en lo que al ámbito de la gestión se refiere, el espectacular desarrollo de los sistemas de información y la consolidación de la gestión clínica como fórmula organizativa y de gestión.

Cuadro 1. Tres etapas en la evolución de nuestro sistema sanitario.

La etapa que va hasta la aprobación del “Informe Abril” en 1991, presenta como hechos más relevantes la aprobación de la Ley General de Sanidad, la reforma de la Atención Primaria y la progresiva financiación de la sanidad mediante impuestos.
En la segunda etapa se culmina el proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas y se empieza a visualizar la diferenciación entre financiación, compra y provisión. Aparece el Contrato Programa
La tercera etapa, que empieza en el año 2002 es el inicio de una gestión totalmente transferida, con problemas de coordinación y donde la crisis económica de los últimos años introduce grandes incertidumbres.

A mi juicio, aunque evidentemente desde el punto de vista político la primera etapa es la más seductora, pues es donde se conforma nuestro Sistema Nacional de Salud, para el tema que nos ocupa, quizá sea el segundo período el más interesante,

pues es donde empieza a tomar carta de naturaleza y se generaliza totalmente el contrato programa, aunque haya sido, evidentemente, perfeccionado en la tercera etapa.

2. EL PUNTO DE PARTIDA. ARRANCANDO CASI DE LA NADA

Pues bien, vamos a tomar como de punto de partida los primeros años 90, que es donde empieza a configurarse, primero el presupuesto y después, el contrato programa como herramienta de gestión y asignación de recursos.

Y ¿cual es el punto de partida con el que nos encontrábamos?

En ese tiempo había un consenso generalizado sobre el diagnóstico de los principales problemas de gestión que existían en los centros sanitarios.

- No había una separación clara entre financiadores y proveedores de las prestaciones sanitarias
- El presupuesto como herramienta de gestión ha fracasado, siendo prácticamente imposible saber cual era el gasto real de cada centro, pues ante la insuficiencia presupuestaria aparecieron los "cajones" (sitio donde se guardan las facturas cuando no queda presupuesto para pagarlas).
- El presupuesto no está relacionado con la cartera de servicios que ofrece cada centro sanitario.
- Los procesos de toma de decisiones están muy formalizados y sujetos a una gran restricción administrativa
- No existe ningún tipo de incentivo al cumplimiento de los objetivos.
- La gestión es voluntarista (de buena voluntad, queremos decir), habiendo una escasa formación económico-empresarial en los equipos de dirección.

Recuerdo que a principios de los años 90 en el territorio INSALUD nace un proyecto llamado SIGNO de gestión analítica en los hospitales, que pretendía conocer cual era el coste de cada uno de los servicios hospitalarios, mediante una fórmula muy sencilla de imputación de costes en cascada (esto se verá en otro tema del master). En el test de homologación que había que realizar para analizar si de los datos obtenidos podíamos obtener alguna información útil y comparable, había cuestiones como las siguientes:

- Los únicos responsables del gasto son Personal, Suministros, Farmacia, Mantenimiento, Hostelería y Contabilidad y nadie más puede contratar en el Hospital (incluso alguno de éstos tampoco).
- El gasto del Hospital se considera desde el momento en que se acepta la entrada del material o se recibe el servicio. Es decir siempre tratamos el gasto real a tiempo real.
- El material de suministros se asigna por las salidas de almacén a GFH (Grupo Funcional Homogéneo = centro de coste) a tiempo real (informáticamente). El coste del Servicio de Suministros según el peso relativo del consumo de cada GFH.
- En suministros existe un catálogo informatizado de productos (incluidas prótesis) desglosado por grupos, subgrupos.
- Las entradas de Suministros se cuadran informáticamente y al menos semanalmente, con Gestión Económica.
- El coste de las prótesis se imputa directamente al Servicio Final que la implanta.

El proyecto SIGNO de gestión analítica en los hospitales, que se implantó en los hospitales del INSALUD a principios de los años 90 pretendía conocer cual era el coste de cada uno de los servicios hospitalarios

Y estas preguntas se planteaban en el test de homologación, pues muchas instituciones sanitarias no las cumplían y, por

El proyecto SIGNO de gestión analítica en los hospitales, que se implantó en los hospitales del INSALUD a principios de los años 90 pretendía conocer cual era el coste de cada uno de los servicios hospitalarios

tanto, malamente se podía avanzar en la configuración de un contrato de gestión si ni siquiera éramos capaces de saber cómo gastábamos.

Afortunadamente el sector sanitario es autocrítico por naturaleza y hoy en día, lo anterior es una anécdota del pasado. En estos años se han planteado programas de reforma con el objetivo de mejorar la eficiencia en la prestación de la asistencia sanitaria.

Un hospital es una empresa peculiar, pero al fin y al cabo una empresa. Recuerdo también, que por esas fechas (principios de los 90) las declaraciones de un alto dirigente de un sindicato médico que textualmente decía: "desde la gerencia de los hospitales se pide eficacia y eficiencia curando al más bajo precio y controlando al máximo el gasto. Al médico lo colocan en una tesitura y nosotros (los médicos) nos ponemos de parte del enfermo, vamos a defender sus necesidades asistenciales sin despilfarro". Esto, que en principio parecía una provocación por las críticas que se hacían al modelo "gerencialista", había que interpretarlo, con todas las distancias que se quieran poner, como un conflicto que se da con carácter general en todas las empresas entre los departamentos de producción, marketing, finanzas o desarrollo.

El modelo dado en llamar "gerencialista" ha sufrido grandes críticas por los profesionales (sobre todo médicos) que lo vieron como una fórmula de pérdida de poder. Aunque, en parte, no faltos de razón, el modelo derivado del R.D. 521/1987 de 15 de abril, por el que aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el INSALUD, suponía un paso adelante, que cuando era correctamente aplicado, conllevó la introducción de racionalidad en la toma de decisiones de gestión dentro de las restricciones político-administrativas con el que tenía que adaptarse.

No obstante hay que hacer una breve reflexión teórica sobre la empresa en la que estamos y siguiendo la clasificación de Mintzberg en su libro "La estructuración de las organizaciones" un hospital es una burocracia profesional cuyo mecanismo de coordinación es la normalización de habilidades, basada en la alta preparación de sus profesionales, siendo la parte fundamental de la organización su núcleo de operaciones.

Un hospital es una burocracia profesional cuyo mecanismo de coordinación es la normalización de habilidades, basada en la alta preparación de los profesionales, siendo la parte fundamental de la organización su núcleo de operaciones.

Un hospital es una burocracia profesional cuyo mecanismo de coordinación es la normalización de habilidades, basada en la alta preparación de los profesionales, siendo la parte fundamental de la organización su núcleo de operaciones.

En un hospital la coalición interna está dominada por los profesionales, que basan su poder en el control sobre el recurso básico de la organización, el conocimiento especializado. Su trabajo no puede ser fácilmente regulado por analistas ni supervisado por la línea jerárquica; en consecuencia la autoridad, tanto en su forma personal como burocrática (normas, procedimientos) tiende a ser débil. La ideología de la organización también es débil, en parte debido a la ideología de los profesionales, que se sienten más identificados con el colectivo profesional al que pertenecen que con la organización en que prestan sus servicios.

A lo largo del tema vamos a ver como al finalizar esta etapa inicial, la elaboración del presupuesto de los centros sanitarios ha evolucionado, superando la situación descrita y convirtiéndose el Contrato Programa en una auténtica herramienta de gestión, que va más allá de la elaboración de un presupuesto de gastos, y donde se incluyen objetivos de actividad, calidad, formación y docencia.

3. LOS CENTROS DE GESTIÓN DIRECTA

En el tema que nos ocupa vamos a ceñirnos a los centros de gestión directa, que es la forma más generalizada en nuestro Sistema Nacional de Salud, siendo centros que responden en su funcionamiento a los principios y restricciones del sector público, si bien es cierto que desde 1997 se han experimentado nuevas fórmulas de gestión (fundaciones públicas sanitarias, empresas públicas).

Veamos, a continuación las principales características de los centros sanitarios de gestión directa:

- Relaciones laborales mayoritariamente de tipo funcionarial. Una relación estatutaria es una relación funcionarial de carácter especial, pero no deja de ser funcionarial.

- Los centros asistenciales carecen de personalidad jurídica propia, teniendo la consideración a efectos presupuestarios de meros centros de gasto.
- Los centros sanitarios están sometidos a las rigideces derivadas de la legislación administrativa.
- El presupuesto aprobado para un ejercicio suele ser inferior al gasto real del ejercicio anterior, existiendo por tanto una infrafinanciación que desincentiva el cumplimiento de los objetivos presupuestarios. Además, si están, rara vez, bien financiados el cumplimiento del presupuesto tiene un efecto perverso pues el riesgo de que te rebajen el presupuesto para el ejercicio siguiente es directamente proporcional al ahorro obtenido.
- El presupuesto y la actividad están relacionados solo en apariencia, pues aunque se realizan ejercicios para presupuestar en base a la actividad el presupuesto final se basa más en el gasto histórico que en la actividad efectivamente realizada.
- Los procesos de toma de decisiones se encuentran altamente formalizados, y además los profesionales se encuentran más identificados con el colectivo al que pertenecen que con el centro en el que trabajan.
- No es preciso competir por el "cliente", por los ciudadanos que acuden al centro a recibir atención sanitaria, pues el hospital o centro al que van es el que les toca por residencia, derivación o por urgencia, no teniendo capacidad real de elección.

4. LA DIFERENCIACIÓN ENTRE FINANCIACIÓN, COMPRA Y PROVISIÓN EN LOS SERVICIOS SANITARIOS.

Cuando estamos en la vida normal, la diferenciación entre las funciones de financiación, compra y provisión está meridianamente clara. Imaginemos que yo, padre, le doy a mi hija 20 euros a la semana de propina (o paga) para que satisfaga sus necesidades no vitales. Mi hija comprará lo que le apetezca dentro de esa restricción presupuestaria. Yo, padre, soy el financiador, mi hija

es la compradora y los distintos establecimientos comerciales son los provisosores de sus decisiones de gasto.

En sanidad esto no está tan claro. En España la sanidad pública se financia mediante impuestos, y la sanidad está transferida. En las comunidades autónomas hay un Gobierno que tiene Consejerías, entre ellas la de Salud (o Sanidad, según la comunidad autónoma). Las Consejerías de Salud tienen un Servicio de Salud, y estos unos centros sanitarios (centros de salud y consultorios, y hospitales y centros de especialidades). Pues bien, en este escenario ¿quien realiza cada una de las funciones antes relacionadas de Financiación, Compra y Provisión?

Según algunos autores la función de financiación la realizaría el gobierno a través de la Consejería de Hacienda, que traspasaría un presupuesto a la Consejería de Salud y esta compraría al Servicio de Salud la provisión de los servicios sanitarios.

Otros autores, entre los que me incluyo, abogan por que la función de financiación la realiza la Consejería de Salud, que también realiza la indispensable labor de Planificación Sanitaria, y es el Servicio de Salud el que compra a los centros sanitarios (provisores) los servicios sanitarios que precisan los ciudadanos. Y este servicio de compra se concreta en un presupuesto, que más elaborado se traduce en un Contrato de Gestión.

Como se puede observar de las dos posturas existe una superposición de intereses entre el financiador-comprador, lo cual no es baladí. El comprador debe estar lo más cerca posible del provisor y ejercer una autoridad formal sobre este, dado que el primero tiene que decidir qué comprar y a quien, y asignar eficientemente los escasos recursos. El financiador ejerce una autoridad de mayor contenido político y el comprador de mayor contenido técnico, reservándose al provisor una función exclusivamente profesional.

El comprador de los servicios sanitarios debe estar lo más cerca posible del provisor y ejercer una autoridad formal sobre este, decidiendo qué comprar y a quien, y asignando eficientemente los escasos recursos.

El comprador de los servicios sanitarios debe estar lo más cerca posible del provisor y ejercer una autoridad formal sobre este, decidiendo qué comprar y a quien, y asignando eficientemente los escasos recursos.

Ahora claro, hay que destacar que la práctica real de todo lo anterior supone una gran lucha por el poder. Los presupuestos sanitarios "asustan" cuantitativa y proporcionalmente, estando en muchos casos por encima del 40% del presupuesto total de la Comunidad Autónoma. Y disponer de esa asignación es indudablemente una importante arma de poder. Por eso, de la gestión de ese presupuesto se derivan consecuencias atractivas que hacen que la diferenciación entre financiador y comprador aparezca, en muchas ocasiones, difuminada.

El Comprador de los servicios sanitarios debe preocuparse de la población, de identificar y evaluar las necesidades de salud y promover sus mejoras mientras que el Provisor ha de centrar sus esfuerzos en la eficiencia de la producción de los servicios.

El comprador que ha de actuar a nivel técnico, parte en sus necesidades de gestión de un Plan de Salud, que marca la estrategia y que es impuesto por el financiador, que debe mostrar la visión más integradora de las estrategias del Ministerio de Sanidad y de las estrategias autonómicas.

El comprador, por la proximidad con los proveedores, debe realizar el proceso de compra de forma integrada en todos los niveles asistenciales, evitando la competencia por el presupuesto y la cartera de servicios entre niveles asistenciales (primaria y especializada), y entre los centros de un mismo nivel (hospitales).

5. EL PRESUPUESTO

Aunque la teoría del Presupuesto en las Administraciones Públicas sea objeto de estudio en otro tema del master, es preciso hacer una breve referencia a qué es un presupuesto.

El presupuesto tiene un alto componente administrativo determinando las obligaciones que como máximo puede reconocer el centro de gasto correspondiente, así como de los ingresos que se estima obtener, siendo, por tanto, limitativos tanto cuantitativamente (no se puede gastar más de lo que tienes),

El presupuesto de un centro sanitario tiene un alto componente administrativo y determina las obligaciones de gasto que como máximo se pueden reconocer en un ejercicio económico.

cuantitativamente (no puedes destinar, por ejemplo el gasto de personal a gasto de bienes y servicios) como temporalmente (lo que no gastes un año no lo tienes disponible, en principio, para gastarlo al año siguiente).

El presupuesto de un centro sanitario tiene un alto componente administrativo y determina las obligaciones de gasto que como máximo se pueden reconocer en un ejercicio económico.

Cuando analizamos el presupuesto podemos destacar algunos elementos distintivos:

- Su carácter jurídico, pues se aprueba por ley y es publicado en los correspondientes boletines oficiales
- Su formulación contable, recogiendo gastos e ingresos y mostrando una posición de equilibrio contable
- Su elaboración periódica, en nuestro caso anual
- Plantea el volumen máximo de gasto obligado que se permite contraer a un determinado centro.

Tradicionalmente los presupuestos se elaboraban de una manera incrementalista en base al gasto del año anterior, obviando los criterios de economía, eficiencia y eficacia.

Ya desde hace años en España se estableció el sistema presupuestario por Programas. La Ley 47/2003 General Presupuestaria, señala que "constituye un programa de gasto del presupuesto anual el conjunto de créditos que, para el logro de los objetivos anuales que el mismo establezca, se ponen a disposición del gestor responsable de su ejecución" .

Los Programas incluyen unos objetivos con las actividades correspondientes para conseguirlos, así como un cálculo de los costes. La definición de objetivos concretos, claros y medibles son una apuesta clave para un modelo de gestión orientado a los resultados a conseguir, aunque por lástima falte aún un largo

camino para que esto sea una realidad en la presupuestación española.

Según la clasificación económica, en nuestros centros sanitarios funcionaremos fundamentalmente con los gastos del capítulo I (gastos de personal), capítulo II (gastos de bienes corrientes y servicios), y capítulo VI (inversiones reales). **(Cuadro 2).**

Cuadro 2. Clasificación de los créditos presupuestarios de gasto por Capítulos

Operaciones corrientes. Capítulo I: Gastos de Personal Capítulo II: Gastos en bienes corrientes y servicios. Capítulo III: Gastos financieros. Capítulo IV: Transferencias corrientes
Operaciones de capital. Capítulo VI: Inversiones reales. Capítulo VII: Transferencias de capital. Capítulo VIII: Variación de activos financieros. Capítulo IX: Variación de pasivos financieros.

Pues bien, después del verano se dictan por parte de la Consejerías de hacienda las normas para la elaboración de los presupuestos, y en las distintas Consejerías se empieza a trabajar, siendo habitual que éstas soliciten al Servicio de Salud que elabore sus necesidades presupuestarias para el ejercicio siguiente.

El presupuesto del Servicio de Salud se elabora en función de los programas que desarrolla, siendo los más frecuentes: servicios centrales, atención especializada, atención primaria y formación. A su vez cada uno de estos programas resulta del sumatorio del presupuesto de cada uno de los centros de gasto que integra (hospitales, gerencias de atención primaria,...).

Y una vez que se tiene el presupuesto inicial empiezan los recortes. La Consejería de Sanidad, que es consciente de las necesidades del Servicio de Salud, ha acordado, tras arduas negociaciones, una cifra máxima con la Consejería de Hacienda a la que se tiene que ajustar, cifra que suele estar muy por debajo de las necesidades planteadas por el Servicio de Salud.

- Los hospitales y áreas de atención primaria han realizado su presupuesto de la siguiente manera:
- Analizan la previsión de cierre del año en curso
- Analizan detalladamente los gastos de personal presentes y futuros.
- Estudian dónde se pueden conseguir mejoras (menos gasto) y donde se va a producir un incremento de gasto. Esto lo hacen partida presupuestaria a partida.
- Plantean la realización de nuevas necesidades, bien por incremento de superficies a limpiar o mantener, adquisición de nuevos productos o medicamentos, o, sobre todo, mejora de la cartera de servicios (ampliación o incorporación de acciones nuevas)
- En relación con los objetivos institucionales de cartera de servicios y de tiempos de demora estiman la variación de gasto que su cumplimiento puede suponer.
- Ven las necesidades de inversión que tienen (inversión de reposición o inversión nueva)

Con todos estos componentes plantean un objetivo presupuestario al Servicio de Salud y comienza la negociación. Veamos ahora con detenimiento las distintas fases de la elaboración y gestión del presupuesto por un centro sanitario.

6. ELABORACIÓN DEL PRESUPUESTO

Los equipos directivos de los centros sanitarios tienen experiencia y conocimiento del medio. Por este motivo son capaces de intuir los posibles escenarios con los que se pueden enfrentar a la hora de negociar el presupuesto con los servicios centrales. Les han llegado señales o indicaciones claras sobre las posibilidades económicas del próximo ejercicio presupuestario y de los objetivos de actividad y calidad "irrenunciables" para la autoridad sanitaria.

El presupuesto debe ser trasladado a todas las partes de la

organización, pues es una forma de descentralización por objetivos que debe impregnar a todos los estamentos de la organización sanitaria. Por ello es recomendable poner en común esas señales con los distintos servicios del centro sanitario para favorecer el posterior diálogo que se va a producir para la elaboración de un presupuesto que debería ser compartido por todos.

En la elaboración del presupuesto diferenciaremos tres niveles: el presupuesto ordinario, las acciones extraordinarias (por ejemplo para cumplir objetivos de demora) y las acciones nuevas (revisión de la cartera de servicio).

En la elaboración del presupuesto tenemos que diferenciar tres componentes: el presupuesto ordinario, las acciones extraordinarias y las acciones nuevas.

Veamos a continuación y por capítulo cuales son los ítems principales en los que hay que focalizar la atención en la elaboración del presupuesto ordinario.

Capítulo I. Gastos de personal

En este capítulo vamos a analizar los factores clave de todo lo que tiene que ver con los gastos de personal, y realizaremos los siguientes pasos (**Cuadro 3**):

- Análisis de los efectivos reales fijos que tenemos en el centro sanitario. De este personal no podemos prescindir por lo que habrá que presupuestarlo en función del número de personas que tengamos por categoría.
- Análisis de personal temporal, interino y eventual. Dadas las dificultades existentes para modificar las plantillas tendremos que analizar cual de este personal continúa siendo imprescindible para mantener la actividad eventual del centro, analizando el vencimiento de los contratos. Esta es la partida más importante en cuanto a capacidad de influencia por el equipo directivo. Habrá que analizar también

En la elaboración del presupuesto tenemos que diferenciar tres componentes: el presupuesto ordinario, las acciones extraordinarias y las acciones nuevas.

la política de sustituciones tanto como consecuencia de incapacidad temporal o accidente de trabajo, y la política de cobertura por vacaciones (qué se va a cubrir, cuántas camas se van a cerrar si es posible, cómo va a variar la actividad quirúrgica,...)

- Otro factor será analizar si van a producirse jubilaciones, y en ese caso estudiar si ese puesto es imprescindible para la organización, si se puede amortizar, o si se puede plantear una modificación de plantilla (por ejemplo un cambio de una especialidad a otra donde tengamos más carencias).
- Revisar la atención continuada, ver si es un buen momento para plantear alguna variación que suponga impacto económico.
- Un elemento que suele pasar desapercibido es la variación en la antigüedad. La plantilla cada año es un año más "vieja" y esto tiene impacto económico, que desde servicios centrales no suelen considerar pues se suele argumentar que el incremento de gasto por este concepto se ve compensado por la disminución de trienios del personal que se jubila, pero esto no siempre es así.
- Igual que en el apartado anterior habrá que estudiar si van a producirse modificaciones en el complemento de carrera profesional porque se vayan a producir reconocimientos de grados, y evaluar el impacto económico.
- Por último habrá que ver el gasto en cuotas a la seguridad social. Es importante porque el tipo de cotización es diferente según la vinculación laboral de cada uno de los trabajadores (solo el personal estatutario fijo o funcionario no cotiza por desempleo), y desde los servicios centrales se tiende a incluir un porcentaje fijo e igual para todos los centros. A mayor temporalidad mayor será la cotización a la seguridad social.

Cuadro 3. Principales aspectos a considerar en la elaboración del presupuesto de gastos de personal

Análisis de los efectivos reales fijos.
Análisis de personal temporal, interino y eventual
Analizar si van a producirse jubilaciones
Revisar la atención continuada
Revisar el complemento de antigüedad
Estudiar el complemento de carrera profesional
Calcular las cuotas a la seguridad social

Capítulo II. Gastos corrientes en bienes y servicios

En este capítulo es donde más variaciones se producen entre los distintos centros pues su composición tiene mucho que ver con la estructura del centro, la forma de gestión de los servicios generales y la cartera de servicios del centro. Veámoslo artículo por artículo, según la clasificación presupuestaria de la Comunidad de Madrid (**Cuadro 4**).

- Artículo 20. Arrendamientos y Cánones
- Aquí contemplaremos los elementos que podemos tener en alquiler, y no supone más dificultad en su presupuestación que conocer los contratos que tenemos, cual va a ser el coste para el ejercicio siguiente, si vamos a realizar alguna nueva contratación o si podemos prescindir de alguna de las que tengamos.
- Artículo 21. Reparación Mantenimiento y Conservación

Aquí reflejamos todos los contratos de mantenimiento que tenemos, tanto del edificio y de las instalaciones como de todo el aparataje electromédico. Igualmente presupuestaremos las posibles reparaciones que se vayan a realizar fuera de contrato o los materiales que hay que sustituir que no tengan cobertura contractual.

Es un artículo importante, pues tenemos que estudiar la vida útil de todos nuestros equipos e instalaciones, prever si se van a producir reparaciones significativas en precio o si vamos a realizar pequeñas obras o planes de pintura para mantener o mejorar nuestras instalaciones.

El estudio de todo lo que afecta a este apartado es muy importante pues puede afectar a la actividad asistencial en la medida que tengamos que modificar nuestras programaciones o no podamos disponer de espacios, debiendo de tener previstas ubicaciones alternativas y los costes de traslado, en su caso.

- Artículo 22 Material, Suministros y otros

Aquí vamos a contemplar, básicamente, todo lo que no es artículo 20 ni 21 ni material sanitario o productos farmacéuticos. Comprenderá el material de oficina, los suministros de luz, gas, agua, combustible, la lencería y el vestuario, los tributos, otros gastos y todas las contrataciones o productos (salvo mantenimiento) que precisan los servicios generales del centro.

El montante total de este artículo depende mucho de la externalización que exista en el centro de los servicios generales, como cocina, limpieza o seguridad. Si estos servicios se prestan con personal propio, la mayor parte del gasto estará presupuestada en el Capítulo I y en este artículo contabilizaríamos la adquisición de los materiales precisos para llevar acabo estas tareas. Si no es así estas subcontratas tendrán un alto peso en el artículo 22.

Será importante analizar los datos de ocupación, si se van a producir pequeñas obras, o si se van a recepcionar nuevos espacios como consecuencia de obras, pues se incrementarían las necesidades a cubrir por estos servicios. Desgraciadamente no es infrecuente planificar la entrega de una obra de ampliación del centro sanitario y no considerar que ese incremento de metros va a suponer un mayor gasto en calefacción, luz o, por supuesto, limpieza.

- Artículo 23 Indemnizaciones por razón del servicio

Este artículo es testimonial y cubre los gastos por desplazamientos y dietas de alojamiento y manutención del personal del centro. Quizás se debería pensar en realizar un esfuerzo para presupuestar en este apartado las dietas a abonar a los profesionales por asistencia a congresos y eliminar, definitivamente, la dependencia que supone que esos gastos sean suministrados por la industria.

- Artículo 25 Asistencia Sanitaria y Servicios Sociales con medios ajenos

En este apartado contemplamos los conciertos que realiza el centro sanitario de carácter asistencial, como puede ser hemodiálisis, rehabilitación, terapias respiratorias, diagnóstico por imagen, o cualquier otro tipo de actividad asistencial.

Habría que estudiar cuales de esas actividades podemos realizar con nuestros propios medios, si podemos rescatar alguna porque sea económicamente más ventajoso, o al contrario, si ante un crecimiento puntual o estructural de la demanda invertimos en aparataje y personal o concertamos.

Requiere este apartado un estudio detallado con los servicios afectados para optar por la mejor opción, y por supuesto, analizar el mercado para realizar la mejor contratación posible siempre dentro de la legislación vigente.

- Artículo 27 Material sanitario y productos farmacéuticos

Este es el artículo del capítulo II que más tiempo nos va a llevar analizar y donde debe ser mayor la implicación de los servicios clínicos y de la dirección de enfermería. Se divide en dos grandes bloques: material sanitario y productos farmacéuticos.

En el material sanitario se incluye por ejemplo, todo el

instrumental y pequeño utillaje sanitario, el material de laboratorio y los reactivos, el material de curas, de quirófano y fungible, las prótesis e implantes, y los catéteres, sondas de drenaje y material de diálisis.

En los productos farmacéuticos están, además de los destinados a la farmacia general del centro, los antiretrovirales para VIH, los medicamentos inmunomoduladores, los medicamentos oncológicos y los gases medicinales, entre otros.

El gasto en material sanitario y productos farmacéuticos puede suponer más de un 20% del presupuesto total de un hospital y es un gasto que en gran medida varía sustancialmente en función de la actividad

El gasto de este artículo puede suponer más de un 20% del presupuesto total de un hospital y es un gasto que en gran medida varía sustancialmente en función de la actividad que seamos capaces de pactar con los servicios o las unidades de gestión clínica. En buena parte es un gasto que depende directamente de las decisiones clínicas y de las técnicas que usemos. Por todo ello habrá que negociar con las unidades el tipo de material que habrá que usar, a cuantos y a qué tipo de pacientes ponemos unos materiales u otros y ser capaces de prever la demanda de atención sanitaria que vamos a tener de tratamientos o intervenciones que tienen un alto valor unitario.

Va a ser fundamental el funcionamiento de las comisiones de farmacia y de introducción de nuevos productos, para analizar el impacto que puede tener la introducción de nuevas técnicas o productos y conocer el coste de sustitución de unos productos por otros.

También es importante conocer la evolución del mercado para diseñar un Plan anual de compras que permita adquirir mediante concurso los productos sanitarios, obteniendo la mejor relación calidad precio, y que va a tener impacto en la planificación presupuestaria del ejercicio.

El gasto en material sanitario y productos farmacéuticos puede suponer más de un 20% del presupuesto total de un hospital y es un gasto que en gran medida varía sustancialmente en función de la actividad

Cuadro 4. Principales contenidos de gasto en bienes corrientes y servicios

Arrendamientos y Cánones
Material, Suministros y otros
Indemnizaciones por razón del servicio
Asistencia Sanitaria y Servicios Sociales con medios ajenos
Material sanitario y productos farmacéuticos
Material sanitario y productos farmacéuticos

La farmacia. Las recetas

Con respecto al gasto en farmacia, que tiene un peso importantísimo en la Atención Primaria, señalar que el importe económico no suele ser descentralizado a las gerencias, pero esto no es obstáculo para que se fijen unas cantidades que deberá cumplir cada una de las áreas sanitarias.

Una cosa es que no se descentralice el proceso contable presupuestario y otra muy distinta que no se exija responsabilidad a los equipos en el cumplimiento de los objetivos presupuestados. La no descentralización del gasto deriva de que el control y seguimiento de la facturación de las recetas por las oficinas de farmacia se realiza centralizadamente, al igual que el pago.

Capítulo 6. Inversiones Reales

En el presupuesto también deberemos proponer las necesidades de inversión que vamos a tener para el ejercicio siguiente, siendo preciso diferenciar entre las inversiones nuevas y las inversiones de reposición.

A la hora de presupuestar una inversión no es suficiente con calcular cual es el coste del equipamiento en cuestión. Esto es fácil; con llamar a un proveedor del bien en cuestión, nos dará un precio aproximado y, si es preciso realizar obra, nos informará sobre el coste de la obra. Lo que no podemos

Las acciones extraordinarias se refieren a programas de gasto no consolidables para realizar actividades adicionales para el cumplimiento de determinados objetivos.

Las acciones nuevas autorizan una modificación o ampliación de la cartera de servicios que oferta el centro sanitario.

olvidar al realizar este trabajo es que una inversión, en muchos casos, requiere personal y consumibles, y debemos realizar un estudio detallado sobre si vamos a necesitar incorporar nuevos trabajadores como consecuencia de la inversión o si podemos realizar el funcionamiento de la inversión con el personal del que actualmente disponemos. Y lo mismo se puede decir del coste de los fungibles. También habrá que analizar cual es el coste de mantenimiento del nuevo equipamiento pues aunque en el primer año se encuentre en garantía, a partir de ahí va a generar unos costes que habrá que tener presente. Por otra parte habrá que evaluar, si se trata de inversiones de reposición, si vamos a obtener mejoras de productividad y si se va reducir el coste de reparación por averías dado el estado del antiguo equipo.

Actividades Extraordinarias y Acciones Nuevas

Es importante presupuestar el importe económico que puede suponer la realización de las actividades extraordinarias, normalmente derivadas de programas de reducción de demora.

Hay que tener en cuenta que, por decisión política, se pueden establecer unos tiempos de espera a los que, dada la situación actual del centro no podemos responder con la actividad ordinaria del centro. En estos casos hay que realizar programaciones extraordinarias que nos permitan dar cumplida cuenta del objetivo propuesto, si bien este coste no es de carácter estructural y por tanto no puede ser un contenido consolidable en el tiempo. En estos casos hay que hacer un estudio del coste por proceso para, en función del número de ellos que tengamos que realizar una vez exprimida al máximo la capacidad del centro, proponer si damos respuesta a esta necesidad con medios propios o si es más ventajoso concertarlo con medios ajenos.

Las acciones extraordinarias se refieren a programas de gasto no consolidables para realizar actividades adicionales para el cumplimiento de determinados objetivos.

Las acciones nuevas autorizan una modificación o ampliación de la cartera de servicios que oferta el centro sanitario.

Igualmente si pretendemos ampliar nuestra cartera de servicios por la introducción de nuevas técnicas o nuevos servicios, habrá que realizar un estudio detallado de la demanda que actualmente se está derivando y del coste que supondría introducirla en el hospital analizando todo y cada uno de los factores así como la posibilidad de introducirla de forma programada en el tiempo.

Se habrá observado que no se ha hecho mención al presupuesto de ingresos, pero la realidad es que esta es una actividad marginal en los centros sanitarios, que además no disponen de tesorería propia.

Esto no quiere decir que no debamos de prestar atención al control de los ingresos y a su maximización. Bien sea por servicios accesorios (máquinas de vending, cafetería, quisco, tienda de prensa, televisión, aparcamientos,...) o por la realización de atención sanitaria facturable, esta actividad va a ser objeto de análisis en la negociación del presupuesto y puede ser un elemento argumental para conseguir la autorización para realizar determinados gastos.

Pues bien, si hemos realizado correctamente todos estos pasos tendremos una previsión del gasto para el año siguiente que no se alejará mucho de la que finalmente se producirá, y en estos momentos comenzará la fase verdadera de negociación con el servicio de salud.

7. EL CONTRATO PROGRAMA O CONTRATO DE GESTIÓN

Quizás uno de los mayores retos que tenga el Sistema Sanitario es como afrontar las expectativas que genera. El incremento de la esperanza de vida, los avances tecnológicos, la educación de una población informada que demanda más y mejores servicios, constituyen algunos de los elementos que están empujando hacia arriba el gasto sanitario.

Se estima que el 70% del gasto sanitario es influido por el clínico y este necesitaría tener información, incentivos y estructura

para ser eficiente. La gestión necesita de la participación de los profesionales, pero también necesita racionalidad. No obstante, existen una serie de limitaciones a la eficiencia en medicina:

- Desconocimiento de la efectividad, y sin efectividad no puede haber eficiencia... En muchas ocasiones solo es usada la efectividad subjetiva (por mi experiencia clínica esto funciona o no...).
- El concepto de coste de oportunidad se entiende pero no se interioriza. Cuando el facultativo está delante de una persona trata de hacer lo mejor para esa persona, pero solo por casualidad eso será lo mejor para el conjunto de los pacientes.
- La organización empresarial no es la más adecuada.
- Inexistencia de un sistema de incentivos creíble y que cumpla su objetivo.

Viendo y tomando conciencia de la realidad se concluye que con la elaboración de un presupuesto no es suficiente para producir una gestión correcta de unas instituciones tan complejas como son las sanitarias. Y por este motivo, en esa segunda etapa en la que nos referíamos al comienzo del desarrollo del tema se muestra como una prioridad el avance hacia un nuevo modelo basado en la presupuestación incluida dentro de un Contrato de Gestión (o Contrato Programa; usaré en el tema indistintamente ambas denominaciones).

En primer lugar deberíamos preguntarnos qué es un contrato programa o, más bien, qué pretende ser. Podríamos realizar una definición sencilla en la que lo identificaría como un método de trabajo que permite la asignación de recursos a un centro sanitario, relacionando los costes con la actividad, introduciendo asimismo parámetros de calidad y herramientas de gestión, al objeto de dar uniformidad y crear una cultura de empresa.

Las acciones nuevas autorizan una modificación o ampliación de la cartera de servicios que oferta el centro sanitario.

Las acciones nuevas autorizan una modificación o ampliación de la cartera de servicios que oferta el centro sanitario.

Como veíamos antes existía la necesidad de proceder a la separación de las funciones de financiación, compra y provisión de servicios, función esta última que sería la desarrollada por los centros sanitarios (tanto hospitales como centros de atención primaria de salud).

Igualmente es destacable que el contrato programa debe impregnar toda la organización. No es un documento secreto sino que debe ser compartido por la dirección del centro, que es quien lo negocia y firma, con todas las unidades y servicios o centros de salud.

A su vez el contrato programa debe replicarse, con las particularidades propias a cada servicio o unidad, fijando unos objetivos a conseguir que estén en consonancia con los objetivos fijados para el conjunto, esto es, para el hospital y para las gerencias de atención primaria.

El contrato programa no deja de ser una fórmula de descentralización de la gestión por objetivos. Puede considerarse como un paso en la separación de las funciones de financiación, compra y provisión de servicios sanitarios. El fin que se pretende es el de fijar unos objetivos a cumplir por el proveedor de los servicios sanitarios (el centro sanitario), objetivos de actividad, económicos y de calidad, entre otros, que son "negociados" con el comprador/financiador (servicio de salud o consejería).

De esta manera se consigue una coordinación mediante el seguimiento del cumplimiento de los objetivos sin tener que estar ejerciendo de forma continuada una autoridad vigilante por parte de los servicios centrales.

Es importante destacar el entrecorillado del término negociación utilizado en el párrafo anterior. La negociación es desigual, pues las relaciones de poder son unidireccionales en la mayor parte de los casos, no pudiéndose establecer una negociación real entre las partes. El equipo directivo de un centro sanitario es nombrado por la otra parte, y sabe que, al final, los objetivos "políticos" prevalecen sobre cualquier otro, debiendo ceder, formalmente, en la solución final de la negociación. Por otra parte es consciente

que el incumplimiento del contrato programa no suelen derivarse consecuencias. En definitiva, no existe un traslado efectivo de riesgo ni a las organizaciones, ni a los directivos ni a los profesionales.

Veamos a continuación que apartados suelen ser reflejados en un contrato programa, tipo, que obviamente variarán de una comunidad autónoma a otra, pero los que aquí se relacionan son generalizables a todas ellas (**Cuadro 5**).

Cuadro 5. Principales áreas en que se estructura un contrato programa

Principios generales del contrato
Objetivos institucionales
<p>Cláusulas del contrato:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Provisión de servicios, • Organización de los servicios • Coordinación entre niveles. • Objetivos de calidad. • Objetivos de participación de los profesionales en la gestión y, en su caso, sistema de incentivos • Objetivos de docencia, investigación y producción científica. • Financiación del centro.

En un primer apartado se definen los principios generales del contrato que se fundamentan en tres pilares básicos: el encuadramiento en un sistema público y universal, en la equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias y su carácter gratuito, y en un servicio sometido a unos parámetros de calidad, y todo con una orientación estratégica, que, por ejemplo, en los contratos que se venían firmando por el Servicio de Salud del Principado de Asturias, giraba en torno a seis ejes principales:

- Orientar las políticas hacia la promoción y la prevención de la enfermedad, situando a la salud pública como garante de la obtención de mejoras de salud para la comunidad.

- Centrar los servicios sanitarios en las necesidades de la ciudadanía para conseguir servicios más ágiles, más respetuosos y más participativos.
- Fomentar una organización integrada que coopere y que permita superar los problemas de coordinación entre niveles asistenciales.
- Impulsar la mejora de la eficiencia y del uso adecuado de recursos como garantía de sostenibilidad del sistema sanitario público.
- Impulsar los procesos de mejora de la seguridad y la calidad de las intervenciones.
- Orientar la organización hacia el futuro, fomentando la investigación, la innovación, la formación y el uso de las tecnologías de la información y la comunicación.

En la Comunidad de Andalucía, en su contrato programa para 2010-2013 fija como ejes globales de actuación:

- Construcción de un sistema de salud más cercano a las personas, con más servicios, derechos y prestaciones, más democrático y participativo.
- Impulso de la salud pública para mejorar la salud del conjunto de la ciudadanía.
- Establecimiento de una alianza con los profesionales del sistema sanitario para que sean protagonistas de los servicios de salud
- Potenciación de la investigación biomédica
- Refuerzo de las infraestructuras y el equipamiento sanitario.

Como continuación de esas líneas generales se presentan un conjunto de objetivos generales que son comunes a todos los centros de un determinado nivel (atención primaria y especializada), que enmarcarían el plan de acción para la

vigencia del contrato. Se trata de unos objetivos generales para todos los centros derivados en gran parte del Plan de Salud que esté vigente en cada comunidad autónoma, y de los parámetros fundamentales en los que se va a desarrollar el articulado del contrato. Estos objetivos pueden tener que ver con la adecuación de la oferta de servicios, el incremento de actividad esperado, la gestión de la farmacia, la implantación y mejora de sistemas información, la política corporativa de compras, la facturación a terceros, la gestión de la incapacidad temporal, los parámetros de seguimiento del contrato, etc.

Y ya, por último, se entraría en el clausulado del contrato programas, que, obviamente, variará de una comunidad autónoma a otra, pero que en gran parte presentarán bastantes coincidencias.

En este clausulado podemos encontrar los siguientes apartados:

- Provisión de servicios, donde se explicita la cartera de servicios, los programas, y su cobertura.
- Organización de los servicios, que definirá los objetivos según el área asistencial de que se trate. Por ejemplo en el área de consultas se fijarán las prestaciones de las agendas que se establezcan, en la hospitalización la casuística se basará en el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) y en los grupos relacionados con el diagnóstico (GDR), fijando estos objetivos de actividad en base a estudios de frecuentación.
- Coordinación entre niveles, donde se marcarán los objetivos compartidos y la cartera a ofertar entre primaria y especializada.
- Objetivos de calidad, donde se incluirán los objetivos de lista de espera, reclamaciones y quejas, infección nosocomial, ajustes de estancia media por GRD, porcentaje de informes al alta, de reprogramación quirúrgica, etc...
- Objetivos de participación de los profesionales en la gestión y, en su caso, sistema de incentivos
- Objetivos de docencia, investigación y producción científica.
- Financiación del centro, donde se asignarán los recursos

financieros necesarios para el desarrollo de los objetivos asistenciales, y que es un resumen del presupuesto. No se explicita a nivel de subconcepto presupuestario, sino que aborda partidas más generales, intentando al final extraer, en el caso de los hospitales una tarifa por unidad de complejidad hospitalaria (UCH), y evaluar de esta manera la eficiencia del centro sanitario.

Señalar por último que existen experiencias de contratos programa plurianuales, por ejemplo en la Comunidad de Andalucía, lo que da estabilidad a la hora de planificar y dimensionar las actividades del Servicio de Salud. De esta manera, anualmente no hay que volver a discutir todo, sino únicamente aquellos aspectos que pueden sufrir variaciones en el tiempo, en especial los datos de actividad y los datos económicos, al objeto de proceder a los ajustes necesarios.

El contrato programa será negociado por las gerencias con el servicio de salud, y una vez finalizada la negociación este será rubricado por las partes.

Una vez finalizado este proceso, habrá que difundir el contrato entre los distintos servicios y unidades del centro, haciendo también conocedor del mismo a los representantes sindicales de los trabajadores. El objetivo es hacer partícipe e involucrar a toda la organización en el cumplimiento del mismo. Es conveniente trasladar a los servicios el contrato mediante el acuerdo de un pseudo contrato, para que se comprometan al cumplimiento de unos objetivos que estarán alineados con los del contrato programa para el centro sanitario.

El contrato programa debe ser difundido por toda la organización para hacer partícipes a los trabajadores del mismo e involucrarlos en la consecución de los objetivos propuestos.

El contrato programa será objeto de seguimiento externo e interno, al objeto de evaluar su cumplimiento y adoptar medidas correctoras

El contrato programa debe ser difundido por toda la organización para hacer partícipes a los trabajadores del mismo e involucrarlos en la consecución de los objetivos propuestos.

El contrato programa será objeto de seguimiento externo e interno, al objeto de evaluar su cumplimiento y adoptar medidas correctoras

El contrato programa va a ser objeto de seguimiento. Aunque parezca una obviedad hay que señalar que con la firma del documento no acaba todo y periódicamente la gerencia del centro será llamada por el servicio de salud para realizar un seguimiento del cumplimiento de los objetivos, y adoptar, en su caso, las medidas correctoras que sean pertinentes. En ocasiones en el mismo contrato se describe la composición de la comisión de seguimiento. De la misma manera, el centro sanitario realizará, a través de los datos que le presenta su sistema de información y que son interpretados por el servicio de Control de Gestión, un seguimiento continuado de la evolución de los indicadores clave, seguimiento que será compartido con los servicios.

En caso de tener en el centro unidades de gestión clínica, todo lo anterior es más evidente pues el centro habrá firmado un contrato de gestión con cada una de las unidades.

Indicar por último que uno de los grandes problemas que presenta la sanidad española en relación con todo lo tratado en el tema es la falta de consecuencias derivada del cumplimiento o incumplimiento de los contratos. En efecto, debido a que el nombramiento de los equipos directivos responde, en muchas ocasiones, a matices más de carácter político que profesional, el incumplimiento del contrato no suele acarrear consecuencias que en otras organizaciones serían evidentes. Igualmente y dado que el sistema de incentivación a los profesionales no se ha consolidado, el grado de compromiso de ventaja económica que puede suponer para ellos el cumplimiento de los objetivos, no es suficiente como para cimentar una motivación inequívoca hacia el cumplimiento de los mismos.

CONCLUSIONES

La verdad es que corren tiempos difíciles. En los últimos años estamos asistiendo, como consecuencia de la crisis económica, a un recorte presupuestario generalizado en la administración pública que está teniendo una especial incidencia en el gasto sanitario.

No es cuestión de este tema analizar si la evolución del gasto sanitario ha sido la correcta, si las decisiones políticas que han traído como consecuencia inversiones discutibles, revisiones salariales aceleradas o introducción de tecnología sin la suficiente evaluación de coste efectividad han sido del todo acertadas.

Lo que sí es cierto es que sin una buena gestión presupuestaria los argumentos se complican. El presupuesto, incluido en los contratos programa que rubrican los centros sanitarios con los servicios de salud, ha de ser una verdadera herramienta de gestión para la sanidad pública. Esto se estaba logrando, pero la infra-presupuestación puede conducirnos a introducir elementos de incertidumbre en la gestión sanitaria. Si no cumplimos los presupuestos las críticas llegarán con toda su voracidad, y no será por una mala gestión, pues entonces la solución sería fácil, cambiar a los gestores.

El sistema sanitario precisa continuar avanzando en el desarrollo de sus sistemas de gestión que se ven favorecidos por el espectacular avance que han tenido los sistemas de información. Pero una premisa incuestionable es que los presupuestos han de ser creíbles, y que lo de hacer más por menos es una falacia (al menos a mí, desde muy pequeño me enseñaron en el colegio que más por menos es igual a menos).

Hoy los centros sanitarios disponen de las herramientas suficientes para hacer del contrato programa una herramienta de gestión incuestionable para caminar hacia una mejora continua. Además, hoy más que nunca, los profesionales sanitarios han tomado conciencia de la necesidad de evaluar económicamente sus decisiones y de que los recursos son escasos. Debemos profundizar en el aprovechamiento de las experiencias desarrolladas y compartir el conocimiento entre las comunidades autónomas, pues entre todos debemos hacer que este momento actual sea sólo una incertidumbre coyuntural.

Referencias bibliográficas

1. *Juan del Llano Señarís, Vicente Ortún Rubio, José M^a Martín Moreno, José Millán Nuñez-Cortés, Juan Gené Badía (Directores) Gestión Sanitaria: Innovaciones y Desafíos. Masson S.A. Barcelona 1998.*
2. *Ribera Jaume; Gutierrez Fuentes, José A. y Rosenmöller, Magdalene. "Gestión en el Sector de la Salud. Vol. 1. Gestión del Sistema y de sus Instituciones". Ed. Pearson. Educación, S.A. España. 2005.*
3. *José Luis Temes, Mercedes Mengibar . Gestión Hospitalaria 5^a Edición. Ed. Mc Graw Hill. Interamericana. 2011. ISBN: 978-84-481-7891-8.*
4. *Francisco Sevilla. Hacia un nuevo Sistema de Financiación de los Hospitales. Dirección General de Aseguramiento y Planificación. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1995.*
5. *Jose Barea y Antonio Gómez. El Problema de la Eficiencia del Sector Público en España. Instituto de Estudios Económicos. Madrid. 1994.*
6. *Julio Villalobos. La Financiación de los Hospitales Públicos. I Jornadas de Gestión. Hellín, 1993.*
7. *Juan José Bestard Perello, Francisco Sevilla Quintana, Javier Elola Somoza, Isabel Corella Monzón. Presupuestación prospectiva en los Hospitales del Insalud. Presupuesto y gasto público, Nº 10, 1993, págs. 143-148. ISSN 0210-5977.*
8. *Beatriz González. Los sistemas de información y el tránsito a los contratos de gestión en Insalud G.D. Información Sanitaria y Nuevas Tecnologías. Asociación de Economistas de la Salud. 1997.*
9. *Matilde Cortés y Julio A. Ortega (recopiladores). Gestión analítica hospitalaria (Proyecto SIGNO). Ed. Instituto Nacional de la Salud 1996. ISBN: 84-351-0218-1*

10. *Carmen Martínez Aguayo, S. Martín Acera El contrato programa: ¿qué es?. ¿Cuál es su importancia?.. Rev San Hig Púb. 1994; 68:331-4.*
11. *Contrato programa. Consejería de Salud-Servicio Andaluz de Salud 2010-2013. Ed. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2010*
12. *Henry Mintzberg. La estructuración de las organizaciones. Ed. Ariel, Barcelona, 1988.*