

## 5.7 Políticas contractuales en Atención Primaria



La necesidad de un mayor protagonismo de la atención primaria apoya modelos de gestión contractual específica; los contratos de gestión asistencial con los equipos de atención primaria requieren autonomía e integración asistencial.

***Autora: Marta Aguilera***

*Profesora asociada del Departamento de Planificación y Economía de la Salud de la ENS*

e recomienda imprimir 2 páginas por hoja

### **Citación recomendada:**

Aguilera M. Políticas contractuales en Atención Primaria [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2012 [consultado día mes año]. **[Actualizado octubre 2023]** Tema 5.7 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:**

Las tendencias europeas e internacionales pasan por un mayor protagonismo de la atención primaria vertebrando el sistema sanitario y promocionando su doble papel de gatekeeping (papel de filtro) y de gatemanager (gestión y orientación de cuidados dentro del conjunto del sistema sanitario).

Independientemente de las diversas formas de organización de la atención primaria, se analiza el proceso contractual que se

lleva a cabo en el primer nivel asistencial.

La medición de la actividad, la calidad y la financiación de la atención primaria se aborda desde una perspectiva ecológica y evolutiva, señalando aquellos parámetros más utilizados para su monitorización, seguimiento y evaluación.

### *Introducción*

- 1.- Política Contractual*
- 2.- Los Contenidos del contrato*
- 3.- El Ciclo contractual*
- 4.- Impactos del proceso contractual*
- 5.- Evolución del Proceso Contractual en Atención Primaria*

Se desarrolla una batería de elementos imprescindibles para poder configurar la relación contractual entre el financiador-comprador y el proveedor de servicios sanitarios en atención primaria.

El Contrato de Gestión Asistencial con los EAP, dentro de los objetivos institucionales, sigue siendo una herramienta de gestión y de mejora continua, así como de mayor autonomía de gestión.

Con independencia del desarrollo de nuevos modelos de evaluación de la actividad y casuística en atención primaria se constata la necesidad de contratar una cartera de servicios con los proveedores, configurada esta Cartera como "el catálogo de prestaciones de servicios relacionados con problemas de salud y necesidades sentidas por la población susceptibles de resolución desde el primer nivel de atención".

El ciclo de planificación, negociación, seguimiento, evaluación e incentivación de los contratos de gestión clínica son lo fundamental del tema, aunque en los últimos años hay variedad en los distintos Servicios de Salud, debido en parte a la implantación de las organizaciones sanitarias integradas, como se comentará más adelante.

En los escenarios de cambio que se están produciendo, hay que contextualizar el proceso contractual con una mayor autonomía de gestión y promoviendo la integración asistencial.

## Introducción

En el marco de la Gestión contractual en Sanidad, comentado en el apartado 5.3, las políticas contractuales en Atención Primaria van a abordarse en este tema, tanto desde el punto de vista conceptual como en los elementos y contenidos del contrato.

Al igual que otros países de nuestro entorno, las políticas contractuales tuvieron su origen en la década de los noventa con continuas innovaciones desde entonces. Nuestro proceso contractual es muy similar al británico, excepto en que los médicos generales (*General Practitioner* - GP) son profesionales independientes del *National Health Service*, cuya vinculación es mediante el contrato de servicios y en nuestro Sistema Nacional de Salud, los profesionales de Atención Primaria son recursos humanos propios del Sistema. En el Reino Unido, los contratos han sufrido muchos cambios, siendo más similares desde 2004 en los que se hizo énfasis en el acceso de los GP fundamentalmente en el medio rural, en la prestación de servicios fuera de la jornada laboral, en la financiación por capitación ajustada a tramos de edad, sexo y utilización de servicios (frecuentación) y en compromisos de calidad (QOF- *Quality Outcomes Framework*) y más recientemente con la implantación de los PCN -*Primary Care Networks*, como unidades de apoyo y de coordinación socio-sanitaria<sup>1</sup>.

El tema se desarrollará fundamentalmente en la provisión de servicios de atención primaria en los Servicios de Salud de las diferentes Comunidades Autónomas que componen el Sistema Nacional de Salud del Estado español, sin profundizar en aquellos otras formas de provisión existentes enfocadas para ciudadanos acogidos a mutualidades e institutos sociales (MUFACE, ISFAS, MUGEJU), donde prevalece el trabajo individual de médicos de

familia y pediatras, que no tienen encomendados ni la tarea de *gatekeeper* (papel de filtro) ni *gatemanager* (gestión y orientación de cuidados dentro del conjunto del sistema sanitario).

La oferta de servicios, la calidad percibida por los ciudadanos y los criterios de asignación financiera van a formar la parte esencial del desarrollo de este tema.

La materialización de estos contenidos es la base de las actuales relaciones contractuales en la atención primaria, mediante la formalización de un documento escrito, conocido fundamentalmente como Contrato-Programa o Contrato de Gestión, cuyos los compromisos adquiridos se reflejan en los Contratos de Gestión Clínica con cada Equipo de Atención Primaria y Unidades de Apoyo.

El diferente grado de consecución de objetivos viene generando debates sobre la necesidad de incorporar métodos de reconocimiento del esfuerzo efectuado y la discriminación de los mejores, lo que supone la puesta en marcha de sistemas de incentivación potentes que motiven y faciliten la autonomía de gestión y la descentralización.

---

## **1.- POLÍTICA CONTRACTUAL**

---

---

### **1.1. Conceptos básicos**

---

En España, anticipándose a la publicación de la Ley General de Sanidad, y posiblemente fruto de la Conferencia de la OMS de Alma-Ata se promulgó el Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud por la que se reordenó la organización asistencial del primer nivel de contacto de los ciudadanos con el Sistema Sanitario, mediante la constitución de conjuntos multidisciplinares de profesionales (Equipos de Atención Primaria) ubicados en una estructura física (Centros de Salud), que atiende a una población determinada (Zona Básica de Salud).

*La organización de atención primaria en España se basa en el doble papel de gestión y orientación de cuidados dentro del sistema sanitario (gatemanager) y de filtro en las derivaciones al nivel hospitalario (gatekeeper).*

Con estas dos normas básicas: la Ley General de Sanidad y el Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud, las Comunidades Autónomas (CCAA) iniciaron un proceso de adaptación legislativa a su ámbito territorial de actuación y gestión, para la atención primaria de salud.

La promulgación de diferentes normativas autonómicas adaptó a su marco de actuación la composición de los Equipos de Atención Primaria (EAP), sus funciones, reglamentos, sus actividades, los sistemas de registro y la evaluación de tareas, configurando los Mapas Sanitarios.

Merece señalar características específicas en algunas CCAA. Por ejemplo, la denominación en general del ámbito poblacional y territorial de actuación del EAP conocida como zona básica de salud, pasó a denominarse área básica en el caso de Cataluña, o la agrupación de varias zonas denominada Área de Salud o Área Sanitaria, se conoció como Distrito en Andalucía o Región Sanitaria en Cataluña. También fue bastante habitual que dicho desarrollo reglamentario y normativo contemplara un período transitorio para su aplicación, hasta tanto se produjeran las transferencias en materia de asistencia sanitaria del Estado (Insalud) y unos mecanismos temporales de coordinación entre ambas administraciones, la estatal y autonómica.

Las características comunes de estas normas vienen conformadas por la adscripción de una población definida sobre la cual ha de actuar los EAP, las prestaciones a brindar a los ciudadanos y una adecuada accesibilidad geográfica de lugares físicos de atención. Básicamente, los EAP están compuestos por médicos de familia, pediatras, personal de enfermería y auxiliares administrativos. Sin embargo, existen diferencias entre CCAA en la inclusión de otras categorías de profesionales que componen los EAP como trabajadores sociales, odontólogos, farmacéuticos, veterinarios, así como en el tamaño de los mismos (criterios de ratios de profesionales). También se aprecian diferencias en los sistemas de medición de actividades y prácticas profesionales,

el horario de funcionamiento y la relación de estos EAP con otras instituciones: hospitales, dispositivos de urgencias, servicios sociales y comunitarios y los órganos de participación de los ciudadanos (consejos de salud).

Las prestaciones que se garantizan en atención primaria están reguladas en el Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre, quedando agrupadas en:

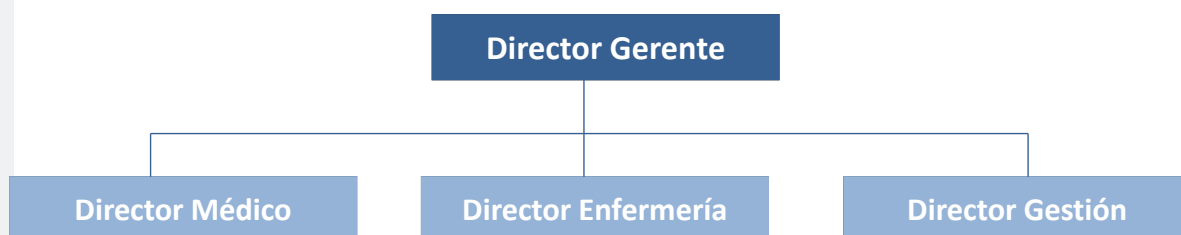
- La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.
- La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.
- Las actividades de información y vigilancia en la protección de la salud.
- La rehabilitación básica.
- Las atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos.
- La atención paliativa a enfermos terminales.
- La atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención hospitalaria.
- La atención a la salud bucodental.

La relación contractual de los profesionales que componen los EAP se basan fundamentalmente en el régimen funcional y estatutario, con un salario cuyo complemento de productividad fija está basado en el número de ciudadanos adscritos y unas retribuciones variables por cumplimiento de objetivos. En el medio urbano existe un predominio de personal estatutario y funcional o mixto en el medio rural.

La denominación de Unidades de Apoyo, en aquellos Servicios de Salud que cuentan con ellas, viene marcada por el tipo de profesionales específicos que componen estas Unidades Clínicas, que son independientes de los EAP y abarcan a más de una zona básica, dando servicio a la población correspondiente a varios EAP.

En el modelo "tradicional", la puesta en marcha de estos EAP, la gestión de sus infraestructuras, sus contratos, compras, suministros están encomendadas a unos Equipos Directivos (EDAP), que son nombrados por el sistema de libre designación por parte del Servicio Regional de Salud correspondiente. Estos EDAP actúan por delegación de la autoridad que los nombra en materia económica (cuantía y capacidad de comprometer gasto) y de personal (permisos, contrataciones temporales...), conforme a la normativa jurídica de procedimiento administrativo, debiendo efectuar las contrataciones de bienes y servicios de acuerdo a la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas y por las respectivas Leyes Presupuestarias en materia económica. La estructura organizativa de los EDAP se refleja en la Figura 1.

**Figura1: Gerencia en cada Área (EDAP)**



Sin embargo, en la búsqueda de modelos que dieran mayor autonomía de gestión, se crearon las Entidades de Base Asociativa (EBA) en Cataluña<sup>2</sup>. Las EBA están constituidas por profesionales sanitarios que participan en la gestión de servicios sanitarios, cuentan con la correspondiente acreditación otorgada por el Servicio Catalán de la Salud y gozan de personalidad jurídica propia, inscritas en el registro correspondiente. El capital social debe pertenecer, al menos en un 51% a los propios profesionales

que presten sus servicios y ninguno de los profesionales puede tener una participación superior al 25%. El 49% restante puede ser suscrito por personas jurídicas que tengan como objeto social la gestión o la prestación de servicios sanitarios. La experiencia inicial se implantó en la comarca de Osona, EAP de Vic y, en la actualidad existen once Entidades de Base Asociativa.

Más recientemente, se han implantado modelos de Área Única o de Gestión Integrada u OSI (comentados en el tema 5.3) en los que se continúa con el proceso contractual con los EAP.

Existe una variedad que se ha implantado en la Comunidad de Madrid que consiste en un área única de Atención Primaria (Decreto 52/2010), es decir, no existen Áreas de Salud, por lo que los contratos de gestión con cada EAP se realizan desde los servicios centrales del Servicio Regional de Salud.

---

## **1.2. Contenidos fundamentales**

---

La mejora continua en el funcionamiento de las Estructuras de Atención Primaria, la separación de la tríada financiación-compra-provisión, la mejora en la asignación de recursos, la búsqueda de una mayor implicación de los profesionales, la medición del "producto sanitario", la descentralización en la toma de decisiones y la discriminación entre los eficientes, originó una nueva relación entre los Equipos Directivos y las Unidades Clínicas a principios de la década de los noventa, mediante la puesta en marcha de un sistema dinámico que integrara la consecución de los objetivos institucionales con el desarrollo de los intereses profesionales como instrumento de gestión interna a través de una Dirección Participativa por Objetivos (DPO)<sup>3</sup>.

La necesidad de relacionar y vincular la utilización y consumo de recursos (*input* o entradas) con los resultados obtenidos de los mismos (*output* o salidas), dentro de un entorno de mejora de la salud individual y colectiva es una constante en la gestión



de la atención primaria, que se viene trasladando a una relación contractual con los proveedores de servicios sanitarios y que se conoce como Contrato-Programa, Contrato-Gestión, Contrato por prestación de servicios, entre otros.

Para algunos autores, se ha considerado la utilización de estos contratos una ficción legal, ya que siendo las partes firmantes dos órganos de la Administración, no es sino **una estrategia de dirección por objetivos**, dado que los firmantes no podrían ser jurídicamente "personas" al amparo del Código Civil, y el contrato no se puede rescindir, ni reclamar arbitral o judicialmente su cumplimiento porque en realidad no es un contrato. No obstante, ha sido asumido con carácter general, ha supuesto una transparencia de las obligaciones y objetivos, ha facultado el profundizar en la autonomía de los profesionales, en la descentralización de la gestión y una aceptable estrategia de participación y vehículo relacional entre la actividad y el presupuesto asignado, aunque parece que esta estrategia ha decaído en algunos Servicios de Salud en los últimos años.

Los contenidos fundamentales de la relación contractual entre los proveedores (EAP) y el financiador-comprador en el ámbito de la atención primaria pasan por:

- Tener definida una población asignada potencial de ser atendida, basada en la tarjeta sanitaria individual (TSI). La base de datos de TSI además permite disponer de la correspondiente pirámide poblacional por edad y sexo, de gran utilidad en base epidemiológica para fijar metas por captación derivada de problemas de salud. Además, es de gran utilidad en la asignación de recursos humanos en base capitativa y en la asignación presupuestaria de farmacia.
- Unos objetivos institucionales "macro" de actuaciones enmarcadas en objetivos en salud, mejoras en la organización y orientación de los servicios a satisfacer las necesidades y expectativas de los ciudadanos.

*El mecanismo habitual de relación contractual entre el Financiador - Comprador y los Equipos Directivos es un documento escrito que recoge los contenidos fundamentales enmarcados en unos objetivos en salud, configurando compromisos de actividad y calidad asistencial, dentro de una adecuada organización de los servicios y mediante la oportuna financiación*

- Una oferta de servicios con pactos de actividad a efectuar relacionados con el catálogo vigente de prestaciones sanitarias.
- Unos objetivos de calidad, tanto en sus dimensiones científico-técnicas (criterios de buena atención de la Cartera de Servicios, cumplimiento de protocolos, calidad de prescripción) como de la percepción de los ciudadanos en la utilización de los servicios.
- Una asignación de recursos que posibilite cumplir los pactos señalados en los párrafos precedentes.
- Un sistema de evaluación que permita conocer el grado de cumplimiento de los objetivos.
- Un sistema de información, base fundamental para el pacto, así como para el seguimiento y evaluación del contrato.
- Un procedimiento de reconocimiento y discriminación de aquellos profesionales o EAP que alcanzan un mayor porcentaje de cumplimiento de objetivos, articulado en sistemas de incentivación.

Asimismo, la Gerencia del Área de Salud pacta objetivos con los EAP. Esto es lo que se conoce generalmente como CONTRATO DE GESTIÓN ASISTENCIAL o CONTRATO DE GESTIÓN CLÍNICA que será más acorde a las peculiaridades y características de su ámbito poblacional y geográfico de actuación de cada EAP.

El Contrato de Gestión en Atención Primaria ha favorecido una madurez organizativa (mayor grado de implantación y desarrollo del nuevo modelo de atención primaria), estilo directivo participativo por objetivos, una mejora continua en los sistemas de información y el desarrollo de contabilidad de costes. Sin embargo, la falta de financiación, la carestía de recursos humanos y la implantación de las OSI pueden estar dificultando el desarrollo de esta relación entre gestores y clínicos en la actualidad.

## 2.- LOS CONTENIDOS DEL CONTRATO

De acuerdo a lo comentado en el apartado anterior, en este punto se va a comentar los compromisos del contrato entre el comprador y el proveedor. Por una parte, los contenidos en actividad ("qué") y calidad ("cómo") a los que se compromete el proveedor y, por otra parte, la financiación a la que se compromete el comprador.

### 2.1. Actividad

Los procesos contractuales deberían encaminarse hacia modelos de eficiencia técnica, es decir, a la relación entre la actividad generada en relación con los costes e incluyendo la calidad como un factor de control. Sin embargo, cuando se comparan indicadores de actividad entre diferentes proveedores, las diferencias pueden deberse al tipo de ciudadano o paciente susceptible de una misma atención o a la eficiencia de los proveedores. Esto ha dado lugar a la necesidad de desarrollar Sistemas de Clasificación de Pacientes (SCP) que relacionen grupos de encuentros, servicios o individuos similares con el consumo de recursos.

La mayoría de los tipos de SCP para la atención ambulatoria han sido desarrollados en Estados Unidos con la finalidad de la facturación. Gran parte de ellos se basan en el encuentro o visita - DC (*Diagnosis clusters*), AVG (*Ambulatory Visit Groups*), APG (*Ambulatory Patient Groups*), PAC (*Products of Ambulatory Care*) -, y otros, por el contrario, como los ACG (*Ambulatory Care Groups*), DCG (*Diagnostic Cost Groups*) y CRG (*Cost Related Groups*), que se basan en diagnósticos.

El modelo de Atención Primaria implantado en el Estado Español se basa en episodios, por lo que los ACG, los DCG y los CRG podrían ser sistemas de clasificación de pacientes adaptables al modelo de Atención Primaria. Sin embargo, la gran variedad de casuísticas y de comorbilidad y, consecuentemente, de

*Se entiende por episodios, los problemas de salud que se inicia en el primer contacto del usuario con el sistema sanitario motivado por ese problema y termina con el último contacto debido a esa causa e incluye todos los servicios proporcionados en respuesta al problema.*

procedimientos diagnósticos y terapéuticos en el primer nivel asistencial, dificulta la definición y clasificación de estos. Por ejemplo, en un individuo hipertenso y diabético, al que se le realizan una serie de controles coincidentes en fecha con pruebas complementarias similares para su hipertensión y diabetes, el poder diferenciar el consumo de recursos específicos del episodio Hipertensión y del episodio Diabetes resulta muy complejo en tiempo de profesional, en la analítica empleada, etc.

Ha habido experiencias de ACG en varias CCAA y de CRG en ámbitos de atención de atención integrada. Aunque se han realizado estudios para relacionar la actividad y calidad con costes, éstos no se han generalizado, por lo que la relación contractual de Atención Primaria se sigue basando en aspectos de actividad, calidad y financiación.

La actividad puede tener dos enfoques, uno relacionado con las consultas y/o visitas y el otro con la oferta de servicios.

El primer enfoque está orientado a cuantificar las consultas o visitas que se realizan tanto en el Centro de Salud como en el domicilio por los diferentes profesionales de Atención Primaria (médicos de familia, pediatras, enfermeras, unidades de apoyo). Este primer enfoque tiene, entre otros, las siguientes limitaciones:

- La cuantificación del número de consultas sin elementos diferenciadores entre las distintas personas atendidas, puede llevar a que un profesional efectúe diez consultas a diez personas y otro profesional efectúe diez consultas a la misma persona.
- Las distintas modalidades de consulta (demanda, concertada, domiciliaria, urgente) y los diferentes estamentos de profesionales (médicos, enfermeras,..) obliga a establecer un elemento relativo de comparabilidad. Ejemplo: ¿es igual una consulta a demanda que una consulta domiciliaria?, ¿es igual una consulta médica que una consulta de enfermería?
- El nivel de productividad y rendimiento estaría basado en

*La Cartera de Servicios se define como "el catálogo de prestaciones de servicios relacionados con problemas de salud y necesidades sentidas por la población susceptibles de resolución desde el primer nivel de atención".*

una relación de visitas y coste, donde el número de visitas se convierte en el eje de la "eficiencia" o "productividad". A mayor número de visitas, menor coste y mayor rendimiento.

El segundo enfoque hace referencia a la oferta básica de servicios que se da a la población en este primer nivel asistencial, es decir la denominada "Cartera de Servicios", denominación muy generalizada en todos los Servicios de Salud, excepto en el País Vasco que se denomina "Oferta Preferente de Servicios" o en Galicia "Procedimientos Clínicos".

Asimismo, se puede definir un Servicio como "la/s actividad/es desarrolladas o fomentadas por los profesionales de Atención Primaria, destinadas a atender o prevenir un problema de salud o satisfacer una demanda sanitaria". Por lo tanto, los Servicios que componen la Cartera están encaminados fundamentalmente a actividades preventivas y de promoción de la salud, así como a procesos crónicos de alta prevalencia y que son factores de riesgo de las primeras causas de mortalidad.

Este segundo enfoque es el más utilizado para el compromiso de actividad en los procesos contractuales que se llevan a cabo en el primer nivel asistencial, aunque a veces se da una combinación de ambos. La Cartera de Servicios recoge las prioridades en salud que establece el financiador – comprador y las actividades en base epidemiológica para ciertos problemas de salud. Este segundo enfoque también tiene algunas limitaciones, como son:

- Las prioridades institucionales a veces no recogen los problemas específicos de salud de un Área o Zona Básica.
- El catálogo que se establece no puede abarcar el conjunto de actividades que efectúan los EAP, por lo que existen dificultades para poder relacionar la actividad con una mayor eficiencia o rendimiento.

En general, para cada servicio existen unos requisitos o criterios de oferta que están relacionados con sistemas de registro e

información, normas organizativas y/o existencia de guías / programas / protocolos.

Cada Servicio está definido por un **indicador de cobertura** - porcentaje de personas incluidas en servicio, respecto a las personas susceptibles de recibir dicho servicio; es decir, respecto a la población diana del servicio en cuestión -, **criterios de inclusión** - criterios básicos y homogéneos para especificar las personas que están recibiendo el servicio -, y por **criterios de correcta atención**.

No existe una homogeneidad entre los Servicios de Salud en relación con los criterios de buena atención. En algunos Servicios, estos criterios son implícitos, entendiendo por implícitos, guías clínicas, programas o protocolos en los que se basa la correcta atención de las personas incluidas en cada uno de los servicios. Sin embargo, en otros Servicios de Salud, los criterios de buena atención son explícitos en cada servicio que compone la Cartera, es decir son criterios específicamente definidos cuya relevancia y efectividad existe evidencia o consenso científico, por lo que su cumplimiento permite garantizar la calidad del servicio prestado. En el caso de que no existan criterios explícitos, el Servicio requiere que esté sustentado o respaldado por una guía clínica o protocolo<sup>4</sup>.

En el pacto contractual entre financiador y proveedor, se establece un compromiso en cada una de las coberturas de los servicios de la Cartera y se calcula un índice sintético que engloba las coberturas pactadas con el fin de compararlas a finales de año con las coberturas alcanzadas. Para el cálculo de este índice, se definen ponderaciones de cada uno de los servicios, que se suelen denominar "valores técnicos" (VT). El cálculo de los valores técnicos se suele obtener teniendo en cuenta: la carga de trabajo, la aceptación de desarrollar el servicio por parte de los profesionales, la aceptación de la población para ser atendidos por Atención Primaria y la accesibilidad a pruebas diagnósticas y/o coordinación con el nivel especializado. Una vez definidos

los valores técnicos, el cálculo del índice sintético se realiza mediante el sumatorio de cada cobertura (personas incluidas en el servicio / población susceptible de ser incluida en el servicio) por su valor técnico.

$$\text{Índice Sintético} = \frac{S (VT_i * \text{Cobertura}_i)}{S (VT_i * 100) \text{ (Máximo obtenible)}} \times 100$$

## 2.2. Calidad

En los procesos contractuales, no sólo existen compromisos de actividad, "cuánto se hace", sino de "cómo se hace", es decir calidad asistencial. No obstante, además de la calidad asistencial existen otras dimensiones de calidad que se reflejan en los contratos de Atención Primaria, dependiendo del grado de desarrollo que cada una de las dimensiones haya tenido en los diferentes Servicios de Salud.

La calidad asistencial, como ya se ha comentado en el apartado anterior, se basa fundamentalmente en criterios de buena atención explícitos (Normas Técnicas o Criterios de Buena Atención) o implícitos de la oferta asistencial. En todos los Servicios de Salud, tanto se traten de criterios explícitos o implícitos, éstos se han definido a partir de Medicina Basada en la Evidencia mediante grupos de consenso.

Dada la importancia porcentual que supone la prescripción farmacéutica y su crecimiento interanual en el gasto de Atención Primaria, el abordaje de mejoras en su uso ha potenciado una extensa actividad en estrategias de **calidad de la prescripción farmacológica**. Estas estrategias se basan en criterios de: eficacia, calidad, seguridad, coste y necesidad. En el proceso contractual de Atención Primaria se especifican indicadores de prescripción de ciertos grupos terapéuticos y de principios

*Las dimensiones de calidad más desarrolladas en Atención Primaria son:  
Calidad científico-técnica (calidad asistencial y calidad de la prescripción farmacéutica)  
Accesibilidad del usuario a los servicios sanitarios.  
Calidad percibida, (satisfacción del usuario y estudio de las reclamaciones).*

activos (PPA) o especialidades farmacéuticas genéricas (EFG).

La **accesibilidad** de los ciudadanos a los servicios sanitarios es otra dimensión de calidad que se puede reflejar en los procesos contractuales del primer nivel asistencial. Esta dimensión puede contener diversos elementos, variando los aspectos comprometidos en el contrato de unos años a otros, según las prioridades del Servicio Regional de Salud. Así se han ido acometiendo diferentes aspectos como:

- Disponibilidad de oferta horaria, de tal manera que la disponibilidad de acudir a consulta se adapte a la actividad habitual de los ciudadanos.
- Cita previa, con el fin de que el ciudadano tenga una cita personalizada con día y hora para que el usuario tenga un tiempo de atención en consulta adecuada a su necesidad de salud y evitar un tiempo en la sala de espera inadecuado.
- La citación en consulta de atención hospitalaria desde el propio centro de salud sin necesidad de que el ciudadano tenga que desplazarse al centro de especialidades u hospital para solicitar la cita.

La **calidad percibida** es otro elemento esencial en los contratos de atención primaria. Esta dimensión de calidad se suele reflejar directamente (encuesta de satisfacción) y/o indirectamente (reclamaciones).

En algunos Servicios de Salud se compromete la realización de una encuesta de satisfacción del usuario. Esta encuesta está diseñada en consonancia a las expectativas de los usuarios con preguntas dirigidas hacia los siguientes aspectos:

- Accesibilidad de los servicios (tiempo en sala de espera, accesibilidad para lograr cita, entre otros)
- Valoración de los profesionales (tanto en el trato percibido por los distintos estamentos de profesionales, la resolución de los problemas, el tiempo de atención, entre otros)



- Valoración de los espacios físicos
- Atención domiciliaria
- Atención de la urgencia
- Valoración global del centro.

Como consecuencia de los resultados de la encuesta, el compromiso de mejora de la calidad percibida se contempla en el Contrato a través de un índice sintético. Este índice se calcula mediante una ponderación de cada aspecto basado en el orden de prioridad y peso que los ciudadanos han reflejado en estudios transversales previos a la realización de la encuesta.

El estudio de las reclamaciones, desde los motivos hasta el circuito y tiempos de contestación es otro elemento de calidad percibida que suele contener los contratos con compromisos dependiendo de los resultados del año anterior.

---

### **2.3 Financiación: utilización de recursos**

---

Las Áreas Sanitarias, Distritos Sanitarios o Regiones como conjunto de una red de proveedores de atención primaria cuentan con unos gastos de funcionamiento y de capital para desarrollar sus actividades y que son componentes básicos de la relación contractual que los Equipos Directivos que los dirigen debaten anualmente con la Dirección General que distribuye los créditos presupuestarios que a su vez le asigna los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma.

Establecido el Presupuesto Sanitario por cada CCAA, la presupuestación de los diferentes Servicios de Salud que les aprueban los correspondiente Parlamentos dan respuesta a la actividad a realizar, los medios a utilizar, los gastos precisos para ello y los ingresos por la actividad a efectuar. Se articulan por un lado en Programas (Atención Primaria, Atención Hospitalaria, Formación, Farmacia...) y por otro en Capítulos de Gasto (Capítulo

I: Gastos de Personal; Capítulo II: Gastos de Bienes y Servicios; Capítulo VI: Inversiones reales,...).

La manera de conformar estos presupuestos entre Servicios de Salud difiere en su estructura, así por ejemplo en algunos, dentro del Programa Presupuestario de Atención Primaria se engloban los gastos (transferencias corrientes: Capítulo IV) para el abono de las recetas médicas, en otros en cambio, es un Programa Presupuestario específico. Puede existir un Programa específico para los gastos e ingresos derivados de las Urgencias y Emergencias Sanitarias. También existe la posibilidad de que las pruebas complementarias habitualmente consumidas por los EAP (diagnóstico por imagen y laboratorio) se encuentren recogidas en el Programa de Atención Primaria.

Todos estos aspectos y peculiaridades hacen muy difícil la comparación de presupuestos y gastos de los Equipos de Atención Primaria entre los diferentes Servicios de Salud.

El elemento común es la fijación de una cantidad total para los gastos de personal (Capítulo I) y los gastos corrientes en bienes y servicios (Capítulo II):

- Financiación de personal

Las cantidades contempladas en este capítulo deben permitir el abono de las nóminas (retribuciones básicas e incentivos al rendimiento) del personal, las cotizaciones a la Seguridad Social, y las prestaciones sociales.

- Financiación de bienes y servicios

Este capítulo contiene las partidas económicas que posibiliten el funcionamiento de los centros sanitarios, sus reparaciones, mantenimiento, adquisición de materiales, suministros, desplazamientos, alquileres, etc.

- Financiación de otros capítulos

Como señalábamos anteriormente, algunos Servicios de

*Tradicionalmente el Programa Presupuestario de Atención Primaria abarca los gastos de funcionamiento (personal, bienes y servicios junto con transferencias corrientes) y de capital (inversiones reales) de los Equipos de Atención Primaria, sus Unidades de Apoyo (Servicios de Urgencias, Salud Buco-dental, Fisioterapia...).*

Salud recogen en el Programa Presupuestario de Atención Primaria los gastos derivados de recetas médicas.

En líneas generales, el presupuesto de atención primaria tiene pesos relativos en torno a: farmacia (~ 60%), personal (~35%) y bienes y servicios (~5%).

---

### **Relación con el nivel hospitalario**

---

Con independencia del modelo de organización, en los contratos de gestión de EAP existen compromisos de relación con atención hospitalaria con gran variedad entre los Servicios de Salud: pacto de derivaciones, procesos asistenciales integrados, manejo de guías clínicas por proceso, catálogos de pruebas diagnósticas, calidad de derivaciones, identificación de especialidades donde AP pueda aumentar su capacidad de resolución, consultorías, sesiones clínicas, entre otros.

Según la Organización Asistencial de los diferentes Servicios de Salud, no siempre se produce la relación unívoca de un Hospital = Área de Atención Primaria, dándose la circunstancia de que algunos Hospitales se relacionan con más de un Área de Atención Primaria o viceversa.

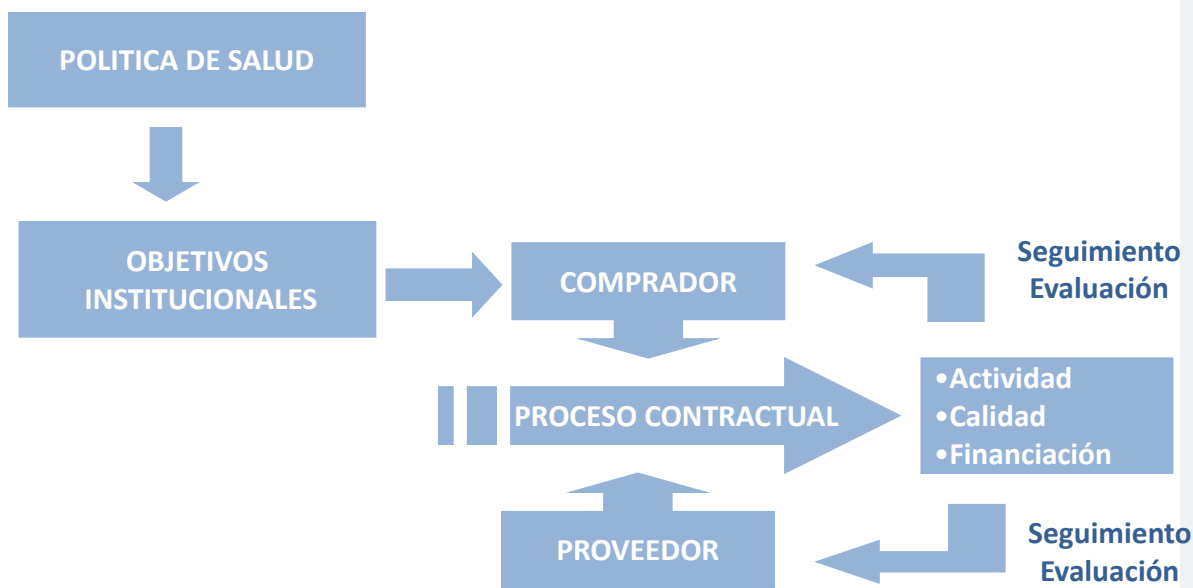
---

### **3.- CICLO CONTRACTUAL**

---

Como es lógico, antes de iniciar el ciclo contractual se establece la planificación de objetivos institucionales de acuerdo a la política de salud definida por la Comunidad Autónoma. Esta planificación recoge desde las intervenciones asistenciales prioritarias en relación con los objetivos de salud, la calidad de la atención, las mejoras organizativas para dar contestación a las expectativas de los usuarios, las actuaciones para mejorar el clima laboral, las actividades formativas e investigadoras en función de las prioridades marcadas, así como la financiación (Figura 2).

Figura 2: Ciclo contractual



El ciclo contractual recoge desde la negociación y compromisos que se adquieren a principios de cada año hasta el seguimiento de algunos aspectos a lo largo del año y la evaluación que se realiza a finales del año para valorar el grado de cumplimiento del contrato.

### 3.1. Negociación

En general, los elementos que se suelen tener en cuenta en los procesos contractuales de Atención Primaria, tanto desde el financiador –comprador como de los proveedores con los Centros de Gestión o de éstos con las Unidades Clínicas, son:

- **La población en Tarjeta Sanitaria Individual (TSI).** Las características poblacionales vienen marcadas por el tamaño poblacional, la diferente composición etaria (a mayor edad más utilización de los servicios y una mayor morbilidad), la concentración o dispersión de núcleos a asistir (a más núcleos mayor consumo horario del profesional en sus traslados y menor disponibilidad de horas de atención). Especial mención en la asignación de recursos relacionados

con recetas médicas, porque además de existir menos condicionantes previos por parte del comprador, el gasto del ciudadano varía fundamentalmente en función de si éste efectúa aportación en el momento de la adquisición del medicamento, basado en el nivel de renta, continuidad de tratamientos de carácter crónico y nivel de equidad a los pacientes pensionistas con tratamientos de larga duración<sup>5</sup>.

- **Los objetivos institucionales para el año**, son criterios fundamentales en la negociación del contrato. Estos objetivos pueden ser muy variados desde los planes de salud respectivos, la oferta de servicios en cantidad y calidad<sup>6,7</sup>, medidas organizativas, contestación a las expectativas de los ciudadanos y consecuentemente la satisfacción, hasta medidas encaminadas al cumplimiento presupuestario y a la satisfacción de los propios profesionales.
- **Los recursos humanos:** nº de médicos de familia, nº de pediatras, nº de enfermeras, nº de matronas, nº de fisioterapeutas, nº de odontólogos, entre otros. El compromiso tanto en actividad como en calidad no puede realizarse sin tener en cuenta los recursos disponibles y los necesarios para llevar a cabo cada uno de los objetivos establecidos en el contrato.
- **Las evaluaciones realizadas en el año anterior** tanto en actividad como en calidad, teniendo en cuenta cómo se ha comportado el centro de gestión o la unidad con respecto al resto.
- **La suficiencia presupuestaria.** Hay que tener en cuenta el gasto ejecutado en los ejercicios anteriores y las necesidades presupuestarias para llevar a cabo los compromisos que se adquieren en el contrato.

Por tanto, los elementos que facilitan la negociación son prospectivos y transversales de comparabilidad entre diferentes proveedores.

Este procedimiento de negociación que se ha comentado entre el financiador – comprador y el proveedor habitualmente se traslada en cascada entre el proveedor y las Unidades Clínicas.

---

### **3.2. Seguimiento y Evaluación**

---

El objeto del seguimiento del proceso contractual es prever el grado de cumplimiento a finales de año, de tal manera que se pueda ir implantando medidas correctoras para llegar a un balance positivo. La evaluación es el último paso de ciclo contractual. Lógicamente hay que evaluar todos los aspectos que han sido objeto de compromiso.

En la última década y con el desarrollo de herramientas digitales, como la historia clínica electrónica y la implementación de aplicaciones para la información de un buen número de indicadores, han facilitado el seguimiento y evaluación de los compromisos del proceso contractual, excepto aquellos indicadores cuya información se obtiene a través de encuestas, por ejemplo, la calidad percibida, cuya evaluación se realiza a través de encuestas a los ciudadanos. En general, consiste en cuestionarios que indagan la percepción de ciudadano posteriormente a que hayan acudido por cualquier motivo al centro de salud. Por lo tanto, no son encuestas a la población general sino a los usuarios del primer nivel asistencial. Estas encuestas suelen ser telefónicas o cumplimentadas a la salida de los centros de salud.

*Para que la evaluación sea correcta, es necesario conseguir que los criterios e indicadores sean sensibles, específicos, fiables y válidos.*

---

## **4.- IMPACTOS DEL PROCESO CONTRACTUAL**

---

El proceso contractual tiene varios impactos o efectos según los resultados obtenidos anualmente y el grado de cumplimiento del mismo. Dependiendo de los resultados obtenidos, permite la comparabilidad consigo mismo y con los demás centros

proveedores similares y, por lo tanto, analizar y establecer medidas de mejora. El cumplimiento del contrato de gestión y dependiendo del grado del mismo, da lugar a la incentivación de los centros y sus profesionales.

---

#### 4.1 Mejora continua

---

En función de aquellos elementos que conformen la relación contractual (tipo de actividad, control de estándares científico-técnicos, criterios de asignación financiera, ...), en el proceso evaluativo se van a obtener una batería de indicadores de comparabilidad tanto de aspectos de productividad como de costes a nivel de los diferentes proveedores, así como la agrupación de éstos (distrito, área, región). Estos indicadores deben permitir avanzar en la mejora de la calidad, en incrementar la eficiencia, en aumentar la respuesta a las expectativas de los ciudadanos, dar cuenta de los resultados de los recursos utilizados, permitiendo tanto una mejora en la asignación de recursos como facilitar la elección de los pacientes.

La valoración del contrato que se efectúe va a permitir diseñar "benchmarks" internos (de uso preferente para el proveedor) o competitivos (de mayor utilidad para el comprador), que si se acompaña de un adecuado procedimiento de *feed-back* de la información va a suponer una búsqueda de aquellas prácticas que permita progresar a los proveedores para alcanzar niveles de excelencia.

---

#### 4.2 Incentivación: Tipos de incentivos

---

El mayor o menor grado de cumplimiento de los elementos que conforme el marco contractual establecido entre el comprador y proveedor debe contemplar como se señalaba en el apartado 1.2 de la disponibilidad de un sistema de recompensa que valore

*Un contrato de gestión que no contemple la posibilidad de discriminar y distinguir el grado de cumplimiento de objetivos previamente pactados, pierde un pilar fundamental para ser considerado un contrato.*

el esfuerzo realizado para obtener unos resultados determinados y pueda premiar a los mejores profesionales y unidades.

Cualquier aproximación a un sistema de incentivación debe tener en cuenta, al menos cuatro premisas básicas:

- El sistema salarial, la diferente proporción entre lo "variable" por cumplimiento de objetivos y lo "fijo" (retribuciones básicas y complementos), puede generar tendencias a la conformidad con el estancamiento y la no búsqueda de mejoras y cumplimiento de objetivos, si dicha proporción es escasa.
- Los elementos que se midan y cuenten para la percepción de incentivos, conocido como principio de igualdad de compensaciones, ya que aquellas actividades que no formen parte de la incentivación o tengo un peso escaso, no serán efectuadas en las mismas condiciones de calidad y eficiencia que si forman parte del sistema: *"Dime cómo me mides y te diré cómo me comporto"*. En este sentido ha habido experiencias muy relacionados con la prescripción de cierto grupo de fármacos, que han mostrado el interés de algunos facultativos por su uso, sin que ello haya supuesto una mejora en su perfil de prescripción. También algunos EAP tenderán por la atención de ciertas patologías crónicas (hipertensión arterial) en detrimento de otras (salud mental), si es esto lo que se va a medir.
- La cuantía del incentivo relacionable directamente con actuaciones sensibles del posible receptor, obliga a incrementar los sistemas de control y auditoría: principio de intensidad de vigilancia. Así si el objetivo fijado es la existencia de tal o cual registro en la historia clínica puede existir la tentación de usar una plantilla para ese registro, en detrimento de una historia clínica integrada en la anamnesis, exploración,..
- La unidad que vaya a ser objeto del ciclo evaluación-



incentivación: el Área, el EAP o el profesional, puede condicionar el interés y el esfuerzo de los profesionales implicados, dado que si el esfuerzo personal por alcanzar los objetivos se integra dentro de los del EAP está en un plano de certidumbre de obtención diferente si hay que integrarlos dentro del conjunto de equipos de atención primaria que configuran la red de proveedores.

Los incentivos para los profesionales deben entenderse como una herramienta capaz de motivar, mejorar e implicar al profesional en la obtención de los resultados que hayan sido objeto de negociación, por lo que deben reunir las siguientes características:

- Claros en su enunciado.
- Fechados en el tiempo.
- Concretos en su definición.
- Alcanzables de acuerdo con el punto de partida y la meta fijada.
- Estimulantes para su obtención.
- Participativos en su diseño.
- Transparentes en cuanto al conocimiento y la "prima obtenible", en caso de su obtención.

La cesta de parámetros a medir deberá reconocer e incorporar aspectos cuantitativos que permitan identificar la magnitud del esfuerzo realizado, con aspectos cualitativos, calidad asistencial, actividad docente e investigadora.

En cualquier diseño de un sistema de incentivos debe valorarse la conveniencia de incluir o no, la "ley del todo o nada", mediante el establecimiento de un criterio "llave", que de no ser alcanzado no permita la obtención de ningún tipo de recompensa. Así, por ejemplo, el no cumplimiento del presupuesto asignado impediría

la obtención de incentivos con independencia de obtener buenos indicadores en actividad, calidad y docencia y dada la fragilidad en los criterios de financiación existentes, podría ser elemento frustrante en la motivación profesional.

Los sistemas de incentivación más utilizados en el primer nivel asistencial, independientemente de que se contemplara criterios "llave", son por:

- Torneo, en el que cada uno de los aspectos que ha conseguido la meta reflejada en el contrato, se ordena según una escala de valores, siendo la bolsa de incentivos proporcional a la puntuación obtenida. Ejemplo: El objetivo del índice de satisfacción del usuario es  $\geq 85\%$  y la escala para este criterio es de 5 a 10. Cinco proveedores han conseguido superar el objetivo, de los cuales el resultado menor ha sido 86% y el mayor ha sido de un 94%. El de menor índice (86%) obtiene 5 puntos y el mayor (94%) obtiene 10 puntos. Los otros tres tiene puntuaciones intermedias de 5 a 10.
- Bolsa porcentual asignada al cumplimiento de cada uno de los aspectos. Ejemplo: si la bolsa asignada al cumplimiento del índice de satisfacción es del 10%, todos los que hayan superado el objetivo, se llevan el 10% de la bolsa asignada y así con el resto de los criterios según el porcentaje de la bolsa asignada a cada uno de ellos.

---

## **5.- EVOLUCIÓN DEL PROCESO CONTRACTUAL EN ATENCIÓN PRIMARIA**

---

La evolución del proceso contractual en Atención Primaria ha sido muy variada entre los distintos Servicios de Salud, dependiendo de la estructura organizativa que se haya establecido en los últimos quince años.

Así como en la década de los 90, el desarrollo del proceso contractual pretendía alcanzar una mayor autonomía de gestión

de los EAP, en la que los compromisos a los que se llegaran, no fueran exclusivamente los establecido desde la macro y mesogestión, sino que también se contemplaran compromisos a propuesta del EAP, es decir, “*Top – Down*” y “*Bottom - Up*”.

Esta descentralización de la gestión para llegar a aproximarse a la autonomía de gestión tiene como aspectos positivos: el refuerzo del liderazgo en el EAP, la implicación y motivación de los profesionales, la mejora del clima laboral y del trabajo en equipo y la innovación en proyectos.

Al principio de la década de 2000, los propios profesionales venían reclamando **mayor autonomía de gestión** y algunos Servicios de Salud dieron pasos en esa dirección, bien mediante la constitución de Unidades de Gestión Clínica<sup>8</sup>, bien mediante procesos contractuales que reflejaban un grado mayor de descentralización de la gestión facilitando mayor flexibilidad de la organización interna de los EAP, mayor responsabilidad en la gestión presupuestaria y en la asunción de riesgos. La adherencia a estos modelos era voluntaria y en algunos casos, los EAP tenían que cumplir unos requisitos. El grado de autonomía es gradual, dependiendo del cumplimiento de objetivos.

Sin embargo, como ya ha sido comentado en el tema 5.3, el incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas y su repercusión en la demanda asistencial, obliga a implantar estrategias **de integración asistencial**, en las que la gestión por procesos entre atención primaria y atención hospitalaria cobra una gran importancia para la atención de estos pacientes. Este desarrollo de la gestión por procesos se ha venido implantando en los Servicios de Salud, independientemente de la estructura organizativa, ya sea Unidades de Gestión Clínica<sup>9</sup>, las organizaciones Sanitarias Integradas (OSI)<sup>10,11</sup>, el modelo tradicional o el Área Única de la Comunidad de Madrid (en el que realiza un proceso contractual con la Gerencia de Atención Primaria y con cada hospital)<sup>12</sup>.

Combinar ambos enfoques es complejo en el proceso contractual,

pero es un reto encontrar los mecanismos que lo hagan posible con objetivos claros, participación de los profesionales en la gestión de procesos y en las estrategias de continuidad asistencial, con soporte adecuados de tecnología de información y comunicación y con una financiación más acorde con los objetivos.

## Bibliografía

1. *Changes to the GP Contract in 2023/24 in England*. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/long-read/changes-to-the-gp-contract-in-2023-24/>
2. Ledesma A. *Entidades de base asociativa: un modelo de provisión asistencial participado por los profesionales sanitarios. Valoración actual y retos futuros*. Rev Adm Sanit 2005; 3(1):73-81
3. INSALUD. *Atención Primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia*". Madrid, 2002
4. Ministerio de Sanidad. *Cartera de servicios de atención primaria: Desarrollo, organización, usos y contenido*. MS, 2010. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera\\_de\\_Servicios\\_de\\_Atencion Primaria\\_2010.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera_de_Servicios_de_Atencion Primaria_2010.pdf)
5. *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*. BOE de 24 de abril de 2012
6. Ministerio de Sanidad. *Sistema de Información de Atención Primaria – SIAP*. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Estadisticas.htm>
7. Ministerio de Sanidad. *Base de Datos Clínicos de Atención Primaria – BDCAP*. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/home.htm>
8. Servicio de Salud del Principado de Asturias. *Unidades de Gestión Clínica en Atención Primaria: Resultados de los 5 Centros Piloto monitorizados durante el año 2009* <http://www.asturias.es>
9. Marco Estratégico para contrato programa 2020 –

2023. Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/35439/38184/Marco+estrat%C3%A9gico+2020-2023+firmado.pdf>

10. Servicio Andaluz de Salud. Contrato Programa 2023. Disponible en: [https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicio-andaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile\\_sasdocumento/2023/CP\\_2023\\_17\\_07\\_23.pdf](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicio-andaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2023/CP_2023_17_07_23.pdf)

11. Dirección General de Osakidetza. Contrato Programa 2022. Disponible en: <https://www.legegunea.euskadi.eus/documentacion-relevancia-juridica/contrato-programa-2022-direccion-general-osakidetza>

12. Contrato Programa 2021 del Servicio Madrileño de Salud con la Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Disponible en: [https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/prim/21cp\\_gaap\\_2021.pdf](https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/prim/21cp_gaap_2021.pdf)