

5.3.- Gestión Contractual en la Sanidad



La formalización contractual de la relación entre financiador y proveedor público ha tenido desarrollos variados en diversos sistemas sanitarios integrados, incluido el SNS español; ofrece ventajas para la eficiencia, rendición de cuentas, gestión clínica e integración asistencial. Pese a las dificultades y retrocesos en su implantación, el contractualismo público forma parte esencial de las políticas de buen gobierno.

Autores: Jose Ramón Repullo

Profesor Emérito del Departamento de Planificación y Economía de la Salud, ENS-ISCI III

Marta Aguilera

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

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Repullo Labrador JR Aguilera Guzman M. Gestión Contractual en la Sanidad [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2012 [**Actualizado septiembre 2023**] [consultado día mes año].
Tema 5.3. 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:

La gestión contractual es una de las políticas centrales en las reformas de los sistemas públicos de salud, particularmente en los que tienen un esquema integrado.

Existe una gran variedad de modelos de contrato; todos buscan un equilibrio justo entre financiación y objetivos; a veces éstos se formulan en términos de inputs (uso procedimentalmente correcto de fondos), pero en general evolucionan a una rendición de cuentas por procesos y por resultados.

La mecánica contractual lleva a tres modelos básicos (contrato en bloque, coste por caso, y coste volumen) cuyo uso luego puede ser combinado.

Indice

Introducción: concepto y alcance de la gestión contractual en los sistemas públicos de salud

1-Contratos y estructura de vinculación de los centros sanitarios con el financiador público

1.1 La evolución de las estrategias contractuales

1.2- Principales modalidades de contratación de servicios

2- Desarrollos de los Contratos de Gestión en los Servicios Sanitarios

2.1 Contractualismo hospitalario y de atención primaria en Europa

2.2 Estructura de contenido de los Contratos de Gestión con centros sanitarios

3 Evolución de los Contratos de Gestión en España

ANEXO 1: Marco Conceptual de Integración Asistencial

ANEXO II: Modalidades de Contratación de Servicios.

En Europa hay una gran variedad de contratos hospitalarios (desde los que transfieren más riesgo a los que se ciñen a bonificaciones sobre el presupuesto); y mayor diversidad en contratos de atención primaria y extra-hospitalaria (por la gran variedad de modelos de vinculación de médicos y sistema sanitario).

Los contenidos de los contratos suelen tener un esquema parecido, donde se delimitan los agentes firmantes, los compromisos de estructura, actividad, funcionamiento, y calidad; los sistemas de gestión económica, y de información para control de la gestión del contrato; las especificaciones de nuevas acciones, unidades y servicios; y las reglas para evaluar contrato y aplicar bonificaciones o penalizaciones. La gestión contractual de los últimos 30 años no ha dado respuesta a la continuidad asistencial y la coordinación entre niveles y unidades asistenciales: ante la creciente cronicidad, los contratos deben evolucionar para adaptarse al reto de la integración clínica.

En el SNS español, las CCAA han ensayado modelos diversos: de gestión conjunta de primaria y especializada, de área única (misma alta dirección y gestión no asistencial), de gestión por

procesos, de gestión de casos, y de organización regional y nacional para servicios de referencia (esta parte se desarrolla de forma complementaria en el Anexo 1).

La evolución de los contratos de gestión en el SNS, particularmente desde que se completó la transferencia sanitaria a las CCAA presenta luces y sombras. En el documento del Congreso sobre Reconstrucción Social y Económica tras la COVID-19 de Julio 2020, se apuesta por una revitalización de la gestión contractual pública, en el contexto de modernización de los modelos de organización del SNS.

Introducción: concepto y alcance de la gestión contractual en los sistemas públicos de salud

Gestión contractual sanitaria: instrumento formal de relación entre financiador y proveedor público, que establece un equilibrio negociado entre la financiación y objetivos, y permite evaluar desempeño y aplicar bonificaciones penalizaciones.

Podríamos definir la **gestión contractual sanitaria**, como un instrumento formal de relación entre el financiador público y el proveedor público, en el cual se establece un equilibrio negociado entre la financiación aportada por el primero y los objetivos a cumplir por el segundo, que permite evaluar el desempeño y aplicar bonificaciones y penalizaciones en función de los resultados alcanzados.

Tienen las siguientes tres características: transferencia de riesgos limitada pero real; otorgamiento de mayor autonomía de gestión a los proveedores públicos; y no exigibilidad ante los tribunales.

En la gestión contractual la **transferencia de riesgo** del financiador al proveedor busca estimular la motivación, pero está limitada a beneficios o pérdidas marginales, que no afecten a la viabilidad del centro; por eso no equivalen a sistemas de facturación comercial (luego se ampliará).

Para que sean efectivos, los contratos deben crear un espacio de diferenciación entre financiador y proveedor: la **autonomía del centro**, servicio o unidad sanitaria es condición para que asuma el reto de conseguir los objetivos, y para que pueda ser atribuida la responsabilidad de la consecución (mérito o fracaso).

Pero al no alterarse los derechos de propiedad (no existir externalización o privatización de los centros sanitarios), **no cabe hablar de una verdadera "separación compra-provisión"**; porque en caso de quiebra el financiador está obligado al rescate;

y por todo ello, los contratos no son documentos legales con posibilidad de denuncias judiciales por incumplimiento.

Desde una perspectiva histórica de carácter más general, la gestión contractual es el resultado de **cinco vectores** que coinciden desde finales de los años 80:

- a) Las experiencias consolidadas de vincular las **empresas públicas** del sector industrial a través de este tipo de un sistema de presupuestación con transferencia de riesgos llamado contrato-programa.
- b) La percepción desde el punto de vista de los sistemas integrados, de que los sistemas contractuales tenían ventajas para **combatir la rigidez** y la insensibilidad del marco administrativo y favorecer la motivación de los empleados hacia mayor productividad, calidad y atención a demandas y preferencias del usuario¹.
- c) Cambio de **modas gerenciales**, con descreimiento en la planificación sistémica, y fe renovada en la autonomía local para enfrentar la complejidad.
- d) Primeras teorías de **Buen Gobierno** que recomendaban una cierta distancia entre el órgano financiador público (entorno político), y la organización prestadora de servicios; esta "brazada de distancia" (*one arm's length*) crearía un espacio para la transparencia y la rendición de cuentas.
- e) Auge ideológico del **pensamiento neoliberal**, y desconfianza de todos los modelos organizativos no empresariales (administrativos, profesionales o de organizaciones no gubernamentales.)

Los contratos habituales en la sanidad son los llamados "**contratos de incentivos**"; en la **Figura 1** se representan cuatro tipologías según las consecuencias del mayor o menor cumplimiento de los contratos: serían simulados si sólo está en riesgo económico o de continuidad del empleo la cúpula directiva, serían de incentivos, si, además, el centro (y su personal) tuviera algo que ganar o algo que perder; si por malos resultados el centro debe gestionar una "disminución" de tamaño, despidiendo gente o reduciendo las drásticamente las contrataciones eventuales, sería un contrato de riesgo parcial; finalmente, si el centro puede quebrar y desaparecer, hablaríamos de un contrato comercial o

convencional².

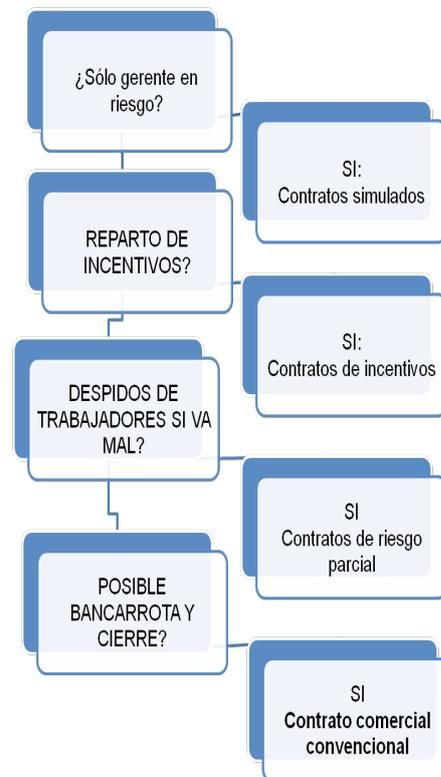


Figura 1: Tipología de contratos en función de la transferencia de riesgos que supone

Por otra parte, la idea de **descentralizar**, dominante en el mundo administrativo de los años 70, refuerza la idea de otorgar espacios más amplios de maniobra a las organizaciones sanitarias, aunque su aplicación resulta mucho más tardía (a lo largo de los años 80, según decae la pulsión de planificación racionalista). Se buscan las “economías locales” basadas en la utilización del entorno próximo para que la autonomía concedida pueda generar eficiencias tanto para el proveedor como para el contratador (win-win / gano yo-ganas tú)³.

Los contratos de gestión o **contratos programa**, son uno de los experimentos desarrollados en países con modelos sanitarios integrados en los años 90, y que presentan aspectos positivos de relevancia; así, para un hospital o centro sanitario, la existencia de un contrato de gestión anual, que **se negocia** y del cual se rinden cuentas periódicamente produce estos **efectos**:

- Da direccionalidad a la organización, aunque tenga escaso poder asignativo.
- Genera emulación (un tipo de competición por vía del ejemplo y el prestigio).
- Produce cambios si se ha negociado bien entre las partes y no hay intereses divergentes importantes.
- Permite crecer progresivamente en la innovación organizativa.
- Permite extenderse hacia abajo, a los acuerdos de Gestión Clínica con los servicios o unidades asistenciales.
- Permite que mejore la información y que se desvele la oculta a bajo coste (por la rivalidad entre distintos centros que aportan información de los demás en las sucesivas rondas anuales de evaluación del desempeño).

En este tema, revisaremos los contratos caracterizando la estructura de vinculación de centros y financiadores públicos; sobre esta base, describiremos los modelos de contratos de gestión, su posible agrupación por tipologías y los contenidos habituales de estos acuerdos; analizaremos posteriormente su aplicación en el contexto español, su relación con los retos de integración asistencial, y la evolución tras 2002, cuando el conjunto de la sanidad completó su transferencia a las CCAA.

1.- Contratos y estructura de vinculación de los centros sanitarios con el financiador público

En lo que se refiere a la sanidad, los hospitales, centros de salud y otros centros y servicios sanitarios que entran dentro de la gestión directa o delegada del Estado, se han estructurado a partir de herramientas de derecho administrativo o función pública más o menos diferenciadas o especializadas.

Estos modelos, razonables hasta la crisis de mediados de los 70 del siglo XX, van quedando desajustados ante la triple crisis económica, de racionalidad y de legitimación que afecta al Estado, y van dejando paso a sucesivos intentos de reforma buscando un paradigma más emprendedor: autonomía de gestión + capacidad de auto-organización + transferencia justa de beneficios y de riesgos (entre el financiador y los proveedores).

Los modelos administrativos de gestión pública directa se agotan ante la complejidad y el cambio tecnológico de los años 70; la estandarización del "management" industrial no da respuesta suficiente; hay que buscar instrumentos idóneos para las organizaciones profesionales: la gestión contractual ayuda a crear un marco para el necesario rediseño organizativo.

Los fundamentos profundos de este cambio tienen que ver con la búsqueda de herramientas que complementen el modelo jerárquico dominante en el ámbito administrativo (e intra-organizativo, en general), habida cuenta de su insuficiencia real para gobernar organizaciones profesionales con expertos (médicos).

Esta limitación proviene de la asimetría de conocimiento e información de los médicos frente a pacientes y contratadores (gestores y políticos), que se mantiene por la expansión del conocimiento, la incertidumbre inherente a la práctica clínica, y la exigencia última de ajustar los servicios a las necesidades y preferencias de los pacientes.

Por ello el recurso a la estandarización no es suficiente, ni en su versión industrial (ingenieril-Tayloriana), ni en su versión procedimental (burocrático-Weberiana). Esto explica la búsqueda desesperada de instrumentos nuevos que dentro de la arquitectura organizativa pública permitan obtener ganancias de gobernabilidad en la función sanitaria.

Como se explicaba en el tema de Cambios y Reformas (2.10), el gerencialismo basó buena parte de su atractivo en la idea de estandarizar; el gran impacto en la productividad y la calidad de la normalización industrial hacía prever buenos resultados en la sanidad; también la medicina como disciplina científica ha acogido el paradigma de la normalización (protocolos, guías, reducción de la variabilidad, calidad como ajuste a estándares, etc.). Sin embargo, una cosa es la enfermedad (categoría nosológica), otra el enfermar (como proceso fisiopatológico) y otra el enfermo (como sujeto y caso singular e irrepetible).

Las limitaciones de la estandarización han puesto en entredicho los intentos de aplicación lineal de modelos gerencialistas industriales, y abocan a una interpretación más actual y abierta de las teorías de organización: las llamadas **organizaciones profesionales**. Un componente central en éstas, consiste en la amplia delegación y autonomía de las que gozan unos "empleados" muy particulares, que son los profesionales. Para que éstos funcionen de acuerdo con los intereses del que los contrata, se precisa un elenco de instrumentos de coordinación y motivación muy diferentes a los de la mera jerarquía; la gestión contractual es una de las principales políticas de rediseño organizativo, que busca crear un entorno apropiado para alinear intereses entre

organizaciones sanitarias y profesionales médicos.

Pero también hay otros problemas que cuestionan el modelo de asignación presupuestaria y jerarquía administrativa. Un presupuesto es una estimación de los gastos e inversiones que se precisarán en un período de tiempo (año) para atender con una determinada estructura tecnológica y funcional (cartera de servicios) a una población definida, con una previsión de un nivel de demanda de procesos y actividades. El proceso de negociación y ajuste del Contrato Programa debería ser el momento de ajustar estas estimaciones (y compromisos de financiación correspondientes). Al estar desacoplados los procesos de presupuestación y de negociación en los Contratos, no queda garantizado este ajuste.

Además, a lo largo del año ocurren situaciones e incidencias que alteran las estimaciones (particularmente las relacionadas con la necesidad-demanda y con incidencias en la producción); como el presupuesto público actúa como norma que determina la asignación de recursos y es muy rígida, la posibilidad de gestionar cambios en el volumen y tipo de producción se ve muy limitada.

De ahí que un tema esencial en el debate actual de la gestión contractual reside en **cómo se puede acoplar y armonizar con los modelos de presupuestación anual**, ya que la asignación real y final de recursos depende completamente de las decisiones de la autoridad legislativa (aprobación del presupuesto) y del ejecutivo (modificación y gestión del mismo).

En todo caso, la gestión contractual es un enfoque, una estrategia, que se ha ido desplegando, desde el acuerdo de recursos a emplear, hasta la evaluación de resultados; y para materializar este intercambio entre financiación y objetivos, se han utilizado diferentes modalidades de contratación. Lo veremos en los dos siguientes sub-apartados.

1.1 La evolución de las estrategias contractuales

En la **Tabla 1** se representa un gradiente en las estrategias contractuales, desde la perspectiva del financiador. La primera columna establece el escenario habitual de los sistemas públicos de salud, en los cuales los poderes públicos determinan el dinero

La rendición de cuentas del proveedor al financiador puede ser en base a "inputs" (gasta según lo acordado), por actividad prevista y realizada, por procesos clínicos atendidos, y por población cubierta, y modulada según resultados en calidad y salud (individuales o poblacionales).

que se destina a la sanidad a partir de las leyes presupuestarias anuales; por lo tanto, el financiador aporta los inputs (asignaciones financieras o de recursos), contra los cuales espera rendiciones de cuentas que configuran un gradiente con tres niveles posibles (representados en las filas de la primera columna).

- La rendición de cuentas por los propios inputs significa que el control de gestión se centra en analizar si cada gasto realizado se corresponde con las previsiones contenidas en el presupuesto (evitar desviaciones): la virtud es la concordancia procedimental y cuantitativa.
- El modelo evoluciona y se busca explicitar las contrapartidas de la financiación en términos de actividad: servicios, productos y procedimientos realizados como exponentes de la eficiencia técnica o productiva de los recursos financieros, materiales y humanos utilizados; un formato sencillo es la "gestión por objetivos" (un listado de resultados a conseguir para evaluar si el desempeño ha sido adecuado). Estos resultados de actividad no suelen modificar el presupuesto en su conjunto, pero sí establecer el reparto de una bolsa de incentivos, vinculada a la gestión contractual: por lo tanto, el cumplimiento de la actividad pactada tiene reflejo en las bonificaciones o penalizaciones que cada centro obtenga cuando rinda cuentas.
- Un tercer modelo, mucho más complejo es la gestión por procesos clínicos atendidos, o casuística, donde se precisa construir productos homogéneos que combinen una significación clínica con una lógica económica (procesos clínicamente relacionados y con similar consumo de recursos); el sistema más utilizado en los hospitales son los "Grupos Relacionados con el Diagnóstico" (DRG), que sirven para ajustar la severidad o complejidad de la casuística atendida, y poder comparar válidamente desempeños. Al igual que en el modelo anterior, la repercusión financiera se aplica en la bolsa de incentivos (reparto de bonificaciones y penalizaciones).
- Finalmente, la rendición de cuentas puede hacerse no sólo con los productos –servicios prestados (outputs) sino con los resultados obtenidos (outcomes), tanto a nivel individual (mejora de la salud – calidad de servicios), como a nivel comunitario (ganancia de salud de la población usuaria

o bajo la responsabilidad del centro o servicio sanitario). Esto daría lugar a una gestión por casuística con ajustes por calidad (bonificaciones y penalizaciones), o incluso a modelos poblacionales o capitativos por los cuales los resultados de salud en la población de referencia cualifican el desempeño y ameritan incentivación.

Tabla 1: Evolución de las estrategias contractuales hacia resultados

El financiador asigna fondos con un presupuesto vinculado a...					
El centro sanitario rinde cuentas de lo realizado con el presupuesto asignado en función de...	Inputs - recursos financiados. (por capítulos y conceptos de gasto)	Actividad a realizar (servicios, productos y procedimientos)	Procesos a atender (casos clínicos - casuística)	Población (habitantes y territorio definido)	
	Inputs - recursos empleados. (por capítulos y conceptos de gasto)	Modelo administrativo y procedimental (concordancia presupuesto inicial y liquidado)			
	Actividad realizada (servicios, productos y procedimientos)	Modelo de gestión por objetivos (indicadores de actividad y funcionamiento con penalizaciones y bonificaciones)	Modelo de gestión con facturación en función de la actividad realizada (con modulaciones y topes)		
	Procesos atendidos (casos clínicos - casuística)	Ajustes de bonificaciones y penalizaciones en función de casuística atendida	Ajustes de bonificaciones y penalizaciones en función de casuística atendida	Modelo de facturación por casuística (GRD), con modulaciones y topes	
Impacto (valor final aportado a pacientes y población)			Modelo de gestión por desempeño clínico (calidad, satisfacción, efectividad, seguridad, etc.)	Modelo de gestión por desempeño poblacional y flujos intercentros (cobertura, calidad, satisfacción, salud, seguridad, etc.)	

Las otras columnas son menos típicas en los sistemas públicos

de salud, al menos en los de tipo integrado (donde el financiador asume la función de gobernar la red sanitaria propia).

En la **segunda columna se aborda la facturación por actividad**; este sistema plantea problemas de “demanda inducida por la oferta”, por lo que es el financiador el que asume la mayor parte del riesgo financiero; por ello se suelen acompañar de topes o modulaciones (como luego se comentará) que limiten el poder de los proveedores para mejorar sus ingresos en base a incrementos de la demanda inducida. En la **Figura 2** se mencionan dos modelos: uno más centrado en la actividad, y otro que incorpora en la modulación de la actividad los procesos atendidos (que valora y ajusta mejor las bonificaciones y penalizaciones).

En la **tercera columna** la asignación se hace mediante **pago por procesos** (tipo GRD); este sistema es mucho más avanzado y permite que la demanda que pueda ser inducida sea por episodios clínicos que añaden valor (y no sólo por actividad asistencial). Como se ve en la **Figura 2**, la rendición de cuentas puede incorporar algún indicador de impacto, como evaluación de desempeño clínico: calidad, efectividad, seguridad, satisfacción, etc. son dimensiones que pueden ajustar el pago por desempeño, bien sea en la facturación, o en el reparto de las bolsas de incentivos.

Y, finalmente, en la **cuarta columna**, se incluyen los sistema de **asignación capitativa para una población y territorio** delimitado, que se han utilizado en modelos de colaboración público-privada, concesiones o vinculación de hospitales privados, para encomendar la asistencia vía contractual, con un per-cápita poblacional que incluye ajustes financieros en función de los flujos intercentros (cobrar a los que vienen de fuera y compensar la asistencia que prestan otro centros a los pacientes de su población). En teoría este sistema podría usarse también para la financiación de hospitales públicos de gestión directa; de hecho, los Departamentos (áreas) de la Comunidad Valenciana han tenido este modelo de referencia, aunque de manera más retórica que real: en la práctica no han funcionado como instrumentos de asignación presupuestaria de base capitativa o poblacional. En este sistema el modelo de rendición de cuentas guarda una clara relación con los compromisos contractuales, aunque su orientación debería estar firmemente vinculada a indicadores de resultados, tanto poblacionales como clínicos.

El pago por actividad (pago por servicios, productos o procedimientos) o por proceso (por caso atendido) son modelos tan abiertos de financiación, que difícilmente son compatibles con la disciplina presupuestaria. Por eso, tanto en los sistemas privados como en los públicos con facturación o reembolso, se tiende a **cerrar contractualmente estos modelos de pago por actividad o proceso**, introduciendo limitaciones de cantidad de servicios facturables, y bonificaciones y penalizaciones por calidad. En cierta forma, cabría hablar de una convergencia hacia estrategias que alejan la rendición de cuentas de los inputs, y lo acercan a los outcomes.

En otras palabras, las estrategias de nueva gestión pública en la sanidad, se orientan a relajar y descentralizar la gestión de medios, a la vez que se introducen mecanismos para identificar mejor la consecución de resultados.

1.2- Principales modalidades de contratación de servicios

El financiador puede establecer varios mecanismos de asignación de fondos, en función de la unidad de pago y de la diferenciación o modulación de ésta. No es igual pagar a un hospital por presupuesto, por estancias, por procedimientos o por procesos; o por la población asignada. Igual cabría decir de la financiación de un centro de salud.

Sin entrar aquí en el ámbito de los sistemas de pago y reembolso de proveedores, es relevante reseñar que existen **tres modelos principales** de consignación contractual de pagos entre financiador y proveedor público: bloque, pago por caso y pago por coste volumen.

- El **Contrato de Bloque** (Block Contract) es el resultado de una estimación de lo que un centro o servicio va a gastar en el año siguiente, cuantía que se asigna para garantizar la viabilidad de esta unidad asistencial, sin que exista una vinculación con el volumen de servicios prestados (aunque sí puede tener contrapartidas de adecuación o calidad).
- El **Contrato de Coste-por-Caso** (*Cost-per-Case*), se produce cuando el financiador establece un coste de referencia como precio público para financiar los procedimientos o procesos

Hay tres modalidades de contrato: en bloque (se financian los recursos y se exige la oferta de servicios a la población sin determinar actividad exigible); coste por caso (pago por procedimiento o proceso); y coste/volumen (bloque hasta volumen de actividad acordado, y luego actividad extra a costes variables, hasta un límite en que no se paga asistencia adicional)

*El contrato **capitativo** (por población asignada) podría considerarse otro modelo contractual.*

atendidos (Ej.: GRDs).

- El **Contrato de Coste-Volumen** (*Cost-Volume*) establece tramos de actividad con retribución diferenciada: hasta un dintel funciona como un presupuesto pactado; la actividad adicional no se paga a costes medios sino a costes marginales (adicionales) o variables previamente estimados y pactados; y, por encima de una actividad los pagos decrecen y finalmente no se financia nada por encima de un límite máximo de actividad aceptable.

Cabría añadir como modelo alternativo el **Contrato Caputivo**: el financiador paga al proveedor una cantidad por cada persona asegurada que recibe la garantía de recibir toda la asistencia que pueda necesitar (normalmente en cómputo anual). En cierta forma, la vinculación caputiva es una forma de externalización del aseguramiento: el financiador delega en un ente (público o privado) la responsabilidad de proveer de servicios a unos habitantes a lo largo de un período de tiempo.

La capitación suele estar vinculada a un territorio (como en las concesiones administrativas y hospitales vinculados), lo que facilita la organización de la provisión de servicios y ordena la utilización; pero puede no tener una relación directa con la geografía, y ser fruto de decisiones individuales (en el "modelo MUFACE" el funcionario puede optar por una aseguradora privada determinada, a la que se paga "su cápita" con independencia de donde resida). Dado que la frecuentación de la población depende mucho de la edad, los modelos caputivos pueden ajustar la financiación a la estructura etaria de sus asegurados.

Como antes se comentaba, en los contratos caputivos es necesario establecer reglas para los pacientes que no están cubiertos ("de fuera del área") que vienen a recibir asistencia al centro (normalmente se compensa a un coste pactado), y también para los del área que reciben asistencia en otro hospital (suele haber penalizaciones económicas para desincentivar estos flujos).

El modelo caputivo también ha tenido un gran predicamento en la vinculación y pago de los médicos de Atención Primaria, particularmente por influencia del conocido modelo británico. El número de pacientes en la lista del médico ("el cupo") puede determinar una parte de los ingresos del profesional. En España

este componente del sueldo ha ido decreciendo.

En el **Anexo 2** se profundiza en el significado económico y funcional de estos tres modelos de contratación de servicios. En el artículo de coordinación de la producción se profundiza en el fundamento económico de estos modelos de contratación, y su relación con los costes fijos y variables⁴.

2.- Desarrollos de los Contratos de Gestión en los Servicios Sanitarios

Los contratos de gestión o contratos-programa, suscritos entre el financiador y los proveedores públicos, son uno de los experimentos de reorganización sanitaria en países con modelos sanitarios integrados en los años 90^{5,6,7} y que presentan aspectos positivos de relevancia. Revisaremos en este apartado los tipos de contractualismo que se han dado en el entorno europeo; y después sintetizaremos la estructura de contenidos habitual en los contratos de gestión en España.

2.1 Contractualismo hospitalario y de atención primaria en Europa

Como se ha introducido antes, un contrato de gestión es un documento de formato variado, que remeda un contrato pero que carece de la exigibilidad ante los tribunales; sería una especie de juego o ficción relacional, que resulta útil para complementar la relación jerárquica o intra-organizativa, cuya base de autoridad está alterada en las organizaciones profesionales; los contratos facilitan la implicación de los profesionales y la visualización de los compromisos de recursos por actividad, calidad y resultados.

Contractualismo hospitalario:

En el entorno europeo, el contractualismo se da como un componente estructural imprescindible; el debate se ha centrado en la capacidad del financiador o asegurador de impulsar prioridades lanzando a través de los contratos las señales apropiadas para que los proveedores ajusten su comportamiento según las políticas establecidas por las autoridades sanitarias.

Los contratos con los hospitales en Europa han evolucionado desde un modelo "relacional" (canalización de financiación y rendición de cuentas por objetivos), a un modelo de "compra estratégica", en el que se pretende que el financiador pueda proyectar sus responsabilidades de rectoría y gobernanza sistémica a los proveedores a través de los contratos.

Hay diferencias entre países donde domina la cultura administrativa (menor transferencia de riesgos a proveedores), y otros donde la cultura competitiva permite mayor emulación de reglas de mercado.

En otras palabras: cabría un contractualismo **relacional**, que vincula financiadores y proveedores públicos y crea un marco para fijar condiciones y compromisos de financiación y actividad-resultados; pero habría otro nivel en el cual el financiador, como autoridad sanitaria, utilizarían este vínculo para ejercer su **rectoría y gobernanza** sobre el sistema asistencial. A esta contratación o "**compra estratégica**" (*strategic purchasing*) se han dirigido muchos procesos de reforma.

En un artículo de Klasa, Greer y Ginneken se analizan esta compra estratégica en diez países europeos.⁸ Las dimensiones que este artículo propone para que la compra sea verdaderamente estratégica, incluye:

- La identificación de necesidades de salud de la población.
- La consideración del papel de los ciudadanos, su empoderamiento y capacidad de elección.
- El ejercicio de "rectoría" de la autoridad sanitaria para canalizar objetivos y políticas de salud en los contratos.
- El ejercicio de "gobernanza" para que la relación entre financiación, aseguramiento y provisión sea eficiente y funcional, incluyendo características como competencia, elección y autonomía de proveedores, y rendición de cuentas.
- La medición de resultados y la compensación por desempeño apropiado.
- La mejora de la transparencia.

En el análisis de 10 países europeos, se emplean una serie de variables para ubicar las experiencias en un gradiente que va desde modelos que emulan al mercado y otros, que son más próximos a la cultura administrativa:

- Estructura de entidades aseguradoras sanitarias (servicios de salud estatales o regionales que actúan como intermediarios entre el financiador general y los centros sanitarios – proveedores).
- Capacidad de las aseguradoras para elegir proveedores locales.

- Capacidad de las aseguradoras para buscar demanda fuera de su territorio-población.
- Ánimo de lucro

En los sistemas contractuales próximos a la **cultura competitiva o de mercado**, las entidades aseguradoras serían múltiples y competitivas, podrían establecer sus contratos con diversos proveedores locales, y podrían extender su clientela fuera del territorio de referencia; **Alemania, Holanda, Eslovenia, y Suiza** cumplirían estos parámetros. Además, en Holanda y Eslovaquia el sistema legitima el ánimo de lucro.

Otros sistemas contractuales mantienen un anclaje **mayor en lo público-administrativo**, de manera que el asegurador es único, o cuando son múltiples no son competitivos (o tienen una estructura regional de actuación); la contratación de proveedores está limitada geográficamente, bien en el ámbito estatal o en el regional, y no se acepta en ánimo de lucro; **Dinamarca, Estonia, Francia, Italia, España, y Reino Unido** estarían en este grupo.

Contractualismo en Atención Primaria:

El **contractualismo en atención primaria** presenta las características diferenciales, muy relacionadas con el grado de separación en la vinculación de los médicos y el sistema sanitario.

- Formato **regulatorio con fijación de precios**; el médico liberal francés que trabaja en el ámbito extrahospitalario (generalistas y especialistas) tiene una vinculación contractual con la Seguridad Social (*l'Assurance Maladie*) donde ésta regula los precios reembolsables para un grupo de profesionales ("sector 1"), así como condiciones generales de instalación y servicio.
- Formato **regulatorio con ajuste de precios y cantidades**; el médico extrahospitalario alemán establece a través de su corporación una negociación con las agrupaciones de fondos de enfermedad (*krankenkassen*) de cada *Länder*, donde se fijan los precios de reembolso y las cantidades indicativas vinculadas (sistemas de puntos); además hay un marco regulatorio federal y regional, que establece condiciones de práctica, y reglas de copagos.

En la atención extrahospitalaria y en la atención primaria, es el vínculo médico el que determina los formatos contractuales: regulatorio de precios (Francia), de precios y cantidades (Alemania), contrato especial de servicios (Reino Unido), servicio público especial (primaria reformada en Portugal), y servicio público convencional (Portugal no reformada): la atención primaria en España estaría posiblemente entre las dos categorías finales.

Son relevantes las experiencias británicas del "commissioning" (contrato desde AP a Hospitales) y el sistema de incentivos QOF (Quality and Outcomes Framework)

- Formato de **contrato de servicios profesionales**; el médico general británico (*General Practitioner -GP-*), aunque actúa como profesional independiente (es dueño o alquila su centro de salud y contrata a su personal), tiene un contrato muy detallado que le vincula al *National Health Service* emulando alguna de las características de una relación de empleo (incluidos pagos de productividad por indicadores de desempeño). Las Entidades de Base Asociativa (EBAS) ensayadas en Cataluña por algunos equipos de atención primaria, podrían evocar este tipo de relación contractual.
- **Formato de servicio público especial**; los centros de salud con amplia autonomía de gestión ensayados en Portugal o en Italia, serían ejemplos de evolución desde modelos administrativos a modelos de entes públicos con mayores atribuciones de gestión y auto-organización; a diferencia de los anteriores, la vinculación laboral sigue siendo la de empleado público (aunque progresivamente diferenciada de los modelos funcionariales convencionales).
- Formato de **servicio público convencional**; los centros de atención primaria no reformados de Portugal, serían un ejemplo cercano; los centros de salud españoles estarían entre este modelo clásico y un formato de servicio público especial; de hecho, muchas de los desarrollos de las Gerencias de Atención Primaria, de los acuerdos de gestión con los Equipos de Atención Primaria y de los modelos de vinculación y retribución, hablan de un esquema que se va diferenciando del marco tradicional administrativo y de la relación funcional de empleo; parecería, no obstante, que serían necesarios más pasos en el otorgamiento de autonomía formal de decisión y auto-organización para que se completara esta transición.

Como se observa, la contratación laboral-funcionarial de profesionales en Atención Primaria crea el substrato de la relación, de forma que los contenidos de los contratos de gestión matizan o complementan esta relación.

En el caso del Reino Unido hay dos experiencias que merecen citarse:

- a) el otorgamiento de poder de compra – o "**commissioning**" – de manera que el grupo de médicos generalistas puede

condicionar los flujos de derivación y de pago de los especialistas y hospitales según la negociación que establezcan entre ambos. En estas reformas, en realidad el gobierno les ha delegado a los GP una parte relevante de su responsabilidad en la gestión contractual⁹.

- b) El desarrollo de un complejo sistema de **incentivación** (pago por desempeño) en el contrato de los GP: el "**Quality and Outcomes Framework**" aplicado desde 2004 en Inglaterra, y que supuso una enorme inyección de fondos para los médicos de Atención Primaria, basado en un sistema de puntos que se conseguían con el cumplimiento de cerca de 150 indicadores que aspiraban a estandarizar muchas dimensiones del buen desempeño. Pese a la complejidad, recursos y tiempo que ha supuesto esta iniciativa, sus resultados son controvertidos: aunque ha demostrado modificar algunos parámetros de la práctica clínica, se han resentido dimensiones como la atención centrada en la persona para pacientes complejos y la continuidad de cuidados¹⁰.

2.2 Estructura de contenido de los Contratos de Gestión con centros sanitarios

Siguiendo la experiencia española^{11,12} (que es en cierta forma similar a la británica¹³), los contenidos de los contratos habitualmente se agrupan en los siguientes grandes epígrafes cuyos contenidos se explican brevemente en la **Tabla 2**; en los puntos siguientes se especifican de forma algo más amplia para los centros sanitarios especializados o de atención primaria.

Contratos de Gestión: esquema de contenidos		
	HOSPITAL	ATENCIÓN PRIMARIA
a) Exposición y delimitación del marco y los agentes firmantes	¿Quién firma por la parte financiadora y por la parte provisor?: <i>Responsable regional del Servicio Público de Salud y Director-Gerente del centro sanitario</i>	
	¿Puede haber negociación entre un jefe y un subordinado?: <i>debe haberla pues el Gerente es en realidad un intermediador con las unidades clínicas (que no tienen "jefe" técnico)</i>	¿Puede haber negociación entre Director-Gerente y Unidades clínicas (EAP / U. de apoyo)?: <i>debe haberla pues el Gerente es en realidad un intermediador con las unidades clínicas</i>
b) Compromisos estructurales	¿Qué elementos estables definen la relación?:	
	<i>Prestaciones y cartera de servicio, reglas para derivación de y a otros centros de pacientes (inserción en red), recursos humanos</i>	<i>Área geográfica y poblacional, centros de salud y consultorios (donde se realizará la atención), recursos humanos</i>
c) Compromisos de actividad y funcionamiento	¿Qué volumen de actividad en cada tipo de servicios?: <i>Anexo con objetivos de hospitalización, urgencias, intervenciones, consultas, etc. (incluye en ocasiones pactos de actividad con atención primaria para inter-consultas y pruebas de indicación directa por el médico de familia).</i>	¿Qué volumen de actividad?: <i>Anexo con objetivos de consultas concertadas, visitas domiciliarias, coberturas de Cartera de Servicios, pactos de actividad con atención hospitalaria para pruebas diagnósticas e inter-consultas</i>
	¿Qué estándares de eficiencia y demora?: <i>Objetivos de Estancia Media, Consultas Sucesivas / Primeras, Rotación enfermo/cama, índice de casuística, porcentaje de cirugía ambulatoria, lista de espera y tiempos de demora por tipo de servicio, etc</i>	¿Qué estándares de accesibilidad?: <i>Tiempo de consulta/ Tiempo de espera para entrar en consulta / horario de consulta en relación a expectativas de los usuarios / tramitación de prestaciones desde el centro de salud, etc</i>
d) Compromisos de calidad	¿Qué indicadores y estándares previenen la sustitución de calidad por cantidad, y actúan como trazadores de la adecuada organización y servicios?:	
	<i>Prevalencia de infección nosocomial, desarrollo y aplicación de guías clínicas, desarrollo de audits y programas de mejora de la calidad, prevención caídas y de úlceras de presión, encuestas de satisfacción, etc.</i>	<i>Cumplimiento de criterios de buena atención de la Cartera de Servicios, implantación y desarrollo de guías clínicas, uso racional del medicamento, satisfacción del usuario, estudio de reclamaciones, etc</i>
e) Compromisos de gestión económica y financiera.	¿Cómo se trasfiere el dinero acordado y con qué soporte documental?: <i>reglas de asignación (doceavos), liquidación a final de año, modelo administrativo presupuestario (el pagador es la autoridad regional), y gestión de cobros a pacientes sin cobertura o con aseguradora obligada al pago</i>	
f) Compromisos de información y evaluación.	¿Qué información permite evaluar el cumplimiento del contrato y cómo y cuándo se canaliza?: <i>esencial la estabilidad y continuidad temporal de los ciclos de elaboración y evaluación de los contratos.</i>	
g) Nuevas acciones y programas	Para especificar cambios incrementales por nuevas unidades, servicios, tecnologías o prestaciones.	
h) Esquema de fijación de incentivos	¿Cómo se hace el balance y se determinan los incentivos que obtiene el centro en función de los resultados?: <i>no es facturación por actividad, sino reparto de una bolsa de rendimientos (torneos) prefijada; gran diversidad de sistemas de bonificación y penalización.</i>	

Tabla 2: Contenidos de los Contratos Programa / Contratos de Gestión

a) Exposición y delimitación del marco y los agentes firmantes

Los firmantes habitualmente son, por una parte, la Autoridad Sanitaria Regional, bien sea el responsable político (Consejero como Ministro Regional) o el responsable institucional (Director o Gerente del Servicio de Salud Regional); y, por la otra parte, el Director-Gerente del Centro Sanitario. Aunque éste dependa jerárquicamente de aquellos, lo que realmente ocurre en la negociación previa, es que el Director Gerente formaliza la intermediación con el ámbito clínico, y expresa en el contrato lo que las unidades clínicas del hospital o centro sanitario se comprometen a desarrollar en el contexto de recursos previsto. Por ello, si el Director Gerente simplemente firma lo que le ponen sus jefes, y no existe ninguna implicación de los profesionales sanitarios, la utilidad negociadora y de compromiso de partes queda en la práctica desactivada.

b) Compromisos estructurales

Define la dimensión de definición general de los compromisos del centro sanitario, y serían a modo de un "contrato de bloque" (no relacionado con componentes de actividad), donde se especifican los activos implicados en el ciclo de producción que se contrata:

- su estructura: recursos materiales, humanos, instalaciones, equipos...
- su cartera de servicios: líneas de actividad, tecnologías o productos disponibles en la oferta del centro; en la atención primaria, la cartera de servicios forma parte de la actividad.
- su área de referencia y los compromisos poblacionales y de aceptación de pacientes remitidos o referidos por otras áreas, niveles y hospitales (y mecanismos de derivación y compensación económica por flujos intercentros).

c) Compromisos de actividad y funcionamiento

El texto del contrato suele tener una descripción general, que se detalla en cuadros anexos; se trata de fijar los compromisos de actividad por distintos epígrafes, así como

los objetivos a alcanzar en los indicadores de gestión o funcionamiento de los servicios. En el caso de los hospitales suelen ser: Estancia Media, Consultas Sucesivas/Primeras, Rotación, enfermo/cama, índice de casuística, porcentaje de cirugía ambulatoria, etc. En la atención primaria los indicadores son: consultas concertadas, visitas domiciliarias concertadas y coberturas de los distintos servicios que forman la Cartera de Servicios¹⁴.

Una dimensión habitual cuando los hospitales están territorializados, consiste en el establecimiento de objetivos de demora para su población de referencia: los estándares de listas y tiempos de espera, además pueden ser condicionantes para aceptar modulación de la actividad pactada: así, con listas de espera reducidas, se acepta menos actividad con igual presupuesto, pero con listas de espera excedidas, no se incrementan los recursos de actividades adicionales para reducir lista de espera (o sólo se hace a costes variables, no a costes medios, para no incentivar la sobre-producción de servicios).

En atención primaria, la accesibilidad a los centros es una dimensión de gran importancia, por lo que se establecen compromisos tanto para la cita en consulta como para los tiempos de atención en consulta y de espera para entrar en consulta.

En algunas CCAA se han establecido un tipo de objetivos denominado "pactos de consumo" entre atención primaria y atención especializada, en los que se determina para la cada anualidad el número de derivaciones a los diferentes servicios de atención especializada (hospitalaria) desde el médico de familia o pediatra, así como las pruebas de indicación directa que pueden prescribir (analítica, imagen y otras pruebas funcionales); en último término, estos pactos de consumo son una especie de acuerdos simplificados entre atención primaria y especializada (hospitalaria), que son sencillos, no incurren en costes administrativos de facturación y facilitan la programación y el autocontrol por parte de los facultativos y equipos de atención primaria en sus derivaciones y prescripciones.

En la misma línea, se han desarrollado compromisos de continuidad asistencial para fomentar la integración de la

atención sanitaria entre niveles: Pacto de Oferta / Demanda de servicios, Catálogo de Pruebas Diagnósticas, Gestión de Agendas, Uso racional de los medicamentos, Protocolos / Guías de atención, Información clínica, Formación Continuada, entre otros.

d) Compromisos de calidad

Los objetivos de calidad buscar prevenir la substitución de calidad por cantidad, y actúan como trazadores de la adecuada organización y servicios.

En el caso de los hospitales, algunos ejemplos de indicadores muy frecuentes serían: prevalencia de infección nosocomial <7%; desarrollo y aplicación de guías clínicas pactadas; desarrollo de auditorías y programas de mejora de la calidad en hospital o servicios; aplicación de programas de acompañamiento al parto o ingreso infantil con padre/madre; desarrollo de programas de seguridad de pacientes como prevención caídas y de úlceras de presión; resultados de encuestas de satisfacción; cumplimiento adecuado de la gestión de quejas y reclamaciones.

En el caso de la atención primaria, los criterios de buena atención que se especifican en la Cartera de Servicios para cada servicio, son en realidad criterios de calidad evaluables; un ejemplo muy típico sería sobre la adecuación de los programas de control de diabetes: como exigencia de calidad de proceso, se plantea *"tener realizado e informado un fondo de ojo al menos en una ocasión desde el inicio de la enfermedad y con una periodicidad mínima de dos años"*¹⁴; el control vía resultados podría hacerse con los valores de hemoglobina glicada, tema que ha sido central en los contratos con los generalistas británicos como indicador de calidad¹³. Asimismo, la calidad de prescripción de medicamentos tiene gran relevancia en los procesos contractuales de atención primaria.

No cabe pretender exhaustividad, ya que la calidad no puede ser encerrada en un conjunto de indicadores por amplios que sean, y, por otra parte, casi siempre carecemos del conocimiento necesario para saber los estándares apropiados, y el coste de medir todas las dimensiones de la calidad sería inasumible; pero si capturamos una

La gestión contractual de los últimos 20 años no ha dado respuesta a la continuidad asistencial y la coordinación entre niveles y unidades asistenciales: ante la creciente cronicidad, los contratos deben evolucionar para adaptarse al reto de la integración clínica.

parte significativa de la calidad a través de unos pocos indicadores (trazadores), y somos capaces de modificarlos progresivamente para que no pierdan sensibilidad y especificidad, habremos conseguido una estrategia razonable para favorecer la "tensión" hacia la calidad del servicio.

e) Compromisos de gestión económica y financiera

En este apartado, además de las cantidades, se establecen los mecanismos por los cuales el financiador irá asignando los fondos pactados al centro sanitario. En caso de que el centro disfrute de autonomía económico-financiera, regula la periodicidad de pagos (doceavos) y liquidación de diferencias (retención a cuenta). También se suelen establecer los aspectos procedimentales y de documentación y justificación para producir el flujo monetario.

En los centros sin autonomía económico-presupuestaria (los pagos los realiza finalmente el financiador regional), se establecen mecanismos de seguimiento de la gestión presupuestaria, de manera que se revisan de forma trimestral las desviaciones en el gasto, para establecer acciones correctoras, bien sea para modular exceso de gasto corriente, o para activar inversiones o acciones que no se han desarrollado en tiempo oportuno.

Otro aspecto que se suele abordar en este punto, son los cargos o facturación a terceros (por ejemplo, accidentes de tráfico o asistencia prestada a pacientes donde existe un asegurador que debe tomar la responsabilidad primaria del pago); un elemento central es la forma en que se reparte y reasignan estos ingresos adicionales; en esencia se trata de estimular al centro sanitario para que gestione activamente el cobro en dichas situaciones, para lo cual es frecuente que se incentive esta función recaudatoria periférica.

f) Compromisos de información y evaluación del cumplimiento

Los sistemas de información sanitaria (SIS) son esenciales para configurar los contratos; y los contratos también crean los SIS: en sucesivos ciclos contractuales se va mejorando progresivamente el marco de información sanitaria vía aplicación de los compromisos adquiridos.

Hay que tener en cuenta que la constatación de cumplimiento del contrato debe estar construido en el propio contrato (mecanismos, plazos, indicadores, sistemas de asignación de bonificaciones y penalizaciones).

En la experiencia contractual pública se ha observado que lo único que otorga efectividad a esta estrategia es la capacidad de evaluar de forma continuada los contratos de gestión por parte de las autoridades financiadoras. La quiebra de esta continuidad, hace retroceder todo el proceso muchos años, y supone dejar tierra quemada para ulteriores experiencias.

g) Nuevas acciones y programas

El grueso del contrato de gestión tiene que ver con la actividad general del hospital, área de atención primaria, centros o servicios sanitarios; pero en ocasiones hay cambios: nuevas unidades, servicios, tecnologías o prestaciones; y éstas precisan edificios, inversiones, personal adicional...

Lo incremental (nuevos desarrollos) necesitan una definición más amplia y detallada que los servicios existentes; por ello, en algunos modelos de contrato se añaden especificaciones de condiciones, plazos y compromisos de puesta en marcha, así como las aportaciones de inversión o incrementos de gastos que lo harán posible, incluido el impacto del funcionamiento en personal y gastos corrientes en bienes y servicios. Lo lógico es que en el medio plazo, la innovación se institucionaliza y se incorpora al bloque o grueso del contrato de gestión.

h) Esquema de financiación y modulación de incentivos

Finalmente, los contratos de gestión establecen sistemas de evaluación de producción y costes, orientados a formalizar la evaluación de desempeños. Existen dos grandes tipologías:

- ***Modelos que simulan facturación y balance económico:***

Uno de los métodos utilizados ha sido hacer una contabilidad virtual, que establece el monto total de ingresos-sombra que podrían atribuirse al hospital / centro sanitario / centro de salud, en función de sus líneas de actividad (consultas, urgencias, programas,

intervenciones, etc.), las cantidades de servicios prestados de cada tipo (con ajustes de complejidad de casuística si son posibles), y por los precios- sombra que la red sanitaria determina (normalmente como costes medios por grupos de proveedores).

A estos ingresos teóricos, se les pueden sumar las subvenciones a la explotación: esta subvención es una cantidad establecida por el financiador para aquellos centros que por sus condiciones estructurales o por razones históricas, han de soportar sobre-costes en relación a la media de centros similares de la red sanitaria. Vía planificación, se determina el ritmo de reabsorción de estos sobrecostes en diferentes anualidades.

La suma de ingresos-sombra y subvenciones a la explotación se compara con los gastos efectivamente realizados. El resultado económico facilitaría la cuantificación de incentivos económicos para el centro y sus unidades y profesionales.

- ***Modelos de atribución de incentivos incrementales por desempeño:***

Otros modelos son más sencillos establecen reglas de estimación y balance de resultados, estableciendo condiciones de fijación de bonificaciones y penalizaciones. Por ejemplo, los "sistemas de torneo" se establecen en torno a una bolsa de incentivos contra la cual compiten diferentes centros, servicios o equipos; no se trata de facturación por actividad, sino de algoritmos más o menos complejos, por los cuales se establece el reparto de dicha bolsa en función de indicadores cuali-cuantitativos, que además suelen ser cambiantes y evolucionan con los años para fomentar mejoras adicionales en la red.

3.- Evolución de los Contratos de Gestión en España.

La experiencia del INSALUD y los servicios de salud transferidos en los años 90 con los contratos programa fue útil y prometedora. Además, se avanzó en otra pieza relevante en esta estrategia, como era el diseño y pilotaje de unidades de gestión clínica.

Como se ha visto anteriormente, los procesos contractuales han contemplado objetivos de continuidad asistencial entre atención primaria y atención hospitalaria con distintos compromisos a lo largo de los últimos veinte años. Sin embargo, estos compromisos han tenido poco éxito para disminuir la disrupción de la atención cuando el paciente es derivado de un nivel a otro.

Además de este fracaso en la continuidad asistencial, las necesidades y demandas de atención son mayores debido al envejecimiento de la población y, consecuentemente, a un crecimiento de los procesos crónicos. Este panorama ha repercutido en una mayor utilización de servicios sanitarios y, por tanto, en el gasto sanitario. Se estima que un 25% de la población europea y más de un 30% de la población estadounidense padecen al menos un proceso crónico y la atención de estos pacientes supone el 70 - 75% del gasto sanitario.

La experiencia mayor en gestión contractual ha sido con centros sanitarios; por eso se abre un interrogante sobre su efectividad, cuando los usuarios comienzan a ser casos crónicos o complejos, que utilizan de forma combinada y continuada distintos dispositivos, y para los cuales buena parte del "valor añadido" se encuentra en la coordinación y continuidad de cuidados.

Por estos motivos, las estrategias de integración asistencial¹⁵ han sido desde 2006 una de las prioridades en las políticas sanitarias. Estas estrategias se orientan a uno o más enfoques como prevención, detección precoz, tratamientos integrados, coordinación entre los profesionales y mejoras en el uso de tecnología de la información y comunicación y han modificado parte de los contenidos de la gestión contractual en los Servicios Regionales de la Salud, fundamentalmente en las Comunidades Autónomas con Organizaciones Sanitarias Integradas - OSI- (ver Anexo 1).

Independientemente del modelo de organización implementado en cada CA, el proceso contractual se realiza en todas ellas, unas con un contrato o compromiso para toda el área de influencia (en organizaciones verticales reales) y en otras con procesos contractuales en atención primaria y atención hospitalaria que generalmente incluye compromisos de continuidad asistencial similares para ambos niveles asistenciales (modelos "tradicionales" y modelos de integración vertical virtual). En todo caso, parece que con los marcos de organización integrada

Desde 2002 (sanidad completamente transferida a las CCAA) los contratos de gestión han decaído en su relevancia y continuidad, por problemas de la limitada comparabilidad intra-autonómica, por la escasa temporalidad anual (reducida por el encaje cronológico con los presupuestos), y por distorsiones y capturas de la gobernanza sanitaria autonómica.

A esto se añade el reto de la integración asistencial y la relación entre niveles asistenciales, que con los marcos de organización integrada por áreas ha desdibujado la relación contractual diferenciada entre hospitales y primaria.

por áreas se ha desdibujado la relación contractual diferenciada entre hospitales y primaria.

Pero el nuevo Siglo no ha sido tan propicio con estos instrumentos de gobernanza y gestión para el SNS. De hecho, cabría hablar de una involución del contractualismo sanitario público, al menos en lo que se refiere a su significado estratégico.

Tres tipos de problemas pueden formularse como determinantes de este declive.

a) Problemas de comparabilidad.

Desde enero del año 2002, toda la asistencia sanitaria está transferida a las CCAA; pese a que muchos contratos de gestión han seguido la senda marcada por los contratos de los años 90, la comparabilidad menguó radicalmente. En efecto, los grupos de hospitales (tamaño, complejidad, clusters...) entre los cuales se evaluaba el mayor o menor cumplimiento de los objetivos pactados, ahora se tienen que limitar a los centros de la propia CA; y, en el caso de las pequeñas o las uniprovinciales, es frecuente no tener un centro similar con el cual compararse.

b) Problemas de temporalidad.

El sometimiento de los contratos de gestión a la aprobación de los presupuestos anuales por los parlamentos autonómicos, conlleva tener que esperar a enero para iniciar el ciclo de negociación entre el servicio de salud y los centros sanitarios; los retrasos habituales llevan a que con mucha frecuencia trascurra un trimestre antes de que los centros puedan tener un conjunto de objetivos, y que éstos se puedan trasladar a las unidades clínicas para generar procesos de gestión.

Este retraso va anulando el papel y la credibilidad del instrumento contractual; además, la gestión de las desviaciones se hace compleja, pues buena parte del año ya ha transcurrido, y resulta difícil reconducirlas a tiempo.

c) Problemas de gobernabilidad.

La gobernanza sanitaria autonómica ha estado muy subordinada a la política, la hacienda y la función pública autonómica. La política busca discrecionalidad (margen de

maniobra para reconducir situaciones); la hacienda busca predictibilidad en el gasto (no necesariamente eficiencia); y la función pública busca el control y la contención en los efectivos que componen las plantillas. La coalición de estas tres fuerzas es contraria a la delegación de autonomía responsable a los centros. Precisamente, el contrato de gestión es la clave de la bóveda de esta descentralización con rendición de cuentas. Si se atrofia el impulso a descentralizar la gestión, la herramienta contractual se vuelve trivial e irrelevante. Cabría decir que se ha mantenido como un adorno de modernidad gerencialista, pero que en buena medida se ha vaciado de contenido, y ha perdido funcionalidad.

Algunos de estos problemas han sido identificados y abordados en la Comisión Parlamentaria para la Reconstrucción Económica y Social que en Julio de 2020 publicó sus conclusiones y recomendaciones: reseñamos a continuación algunos párrafos relevantes para el tema que nos ocupa¹⁶.

- 2. Incorporar a todos los niveles del Sistema Nacional de Salud los principios e instrumentos de buena gobernanza.
 - 2.1. Aplicar al Sistema Nacional de Salud los valores y principios de la buena gobernanza de los sistemas sanitarios públicos, que incluyen entre otros: transparencia, rendición de cuentas, participación democrática, integridad y competencia; eficiencia, calidad y sensibilidad ante las necesidades, demandas y expectativas de los ciudadanos.
 - 2.2. Dotar a las organizaciones del Sistema Nacional de Salud con presupuesto propio de órganos colegiados, ante los gestores habrán de proceder a la rendición de cuentas y a fin de contribuir a la eficiencia y calidad en los servicios y así posibilitar la autonomía que precisen dichas organizaciones.
 - 2.3. Profesionalizar la gestión de las organizaciones sanitarias, con los objetivos de ser más eficaz y estable su trabajo y contribuir a legitimar más su papel en las organizaciones, de acuerdo a los principios de igualdad, mérito y capacidad.
- 2.6. Promover mayor autonomía y capacidad de respuesta para las organizaciones sanitarias, a todos los niveles, empezando por la propia organización de los Servicios Autonómicos de Salud, frecuentemente encorsetados en sus capacidades de decisión, explorando las fórmulas jurídicas y organizativas más adecuadas para ello, aprendiendo de la experiencia acumulada en los Servicios de Salud de varias comunidades autónomas.

La Comisión Parlamentaria para la Reconstrucción Social y Económica de 2020 formula recomendaciones de revitalización y reforma de la gestión contractual.

Esta autonomía ha de incluir aspectos de gestión económica, de gestión de personal con medios para motivar y premiar la excelencia profesional y la dedicación extraordinaria, así como corregir incumplimientos, al igual que capacidad para innovar y evaluar los resultados.

- 79.1. Dotar a las redes y/o centros sanitarios públicos de capacidades para la gestión operativa de su presupuesto, su personal, sus compras y contratos, de manera que se cree un marco de gestión adaptado a la naturaleza de la prestación de los servicios sanitarios.
- 79.2. Promover, a criterio de las comunidades autónomas, políticas basadas en Contratos de Gestión, que respondan a las siguientes características:
 - Armonizados con los presupuestos del Servicio de Salud.
 - Carácter plurianual, para incorporar la dimensión de planificación: cartera de tecnologías y servicios, alianzas, competencias, inversiones, costes directos e inducidos, y evaluación de actividad y resultados.
 - Transparencia para conocer y seguir el cumplimiento de coste, actividades y resultados de los centros, servicios y unidades.

ANEXO 1: Marco Conceptual de Integración Asistencial

En este anexo se describe el marco conceptual de la Integración Asistencial, su definición, los distintos modelos de atención integrada según el nivel de gestión.

1. ¿Qué es atención integrada?

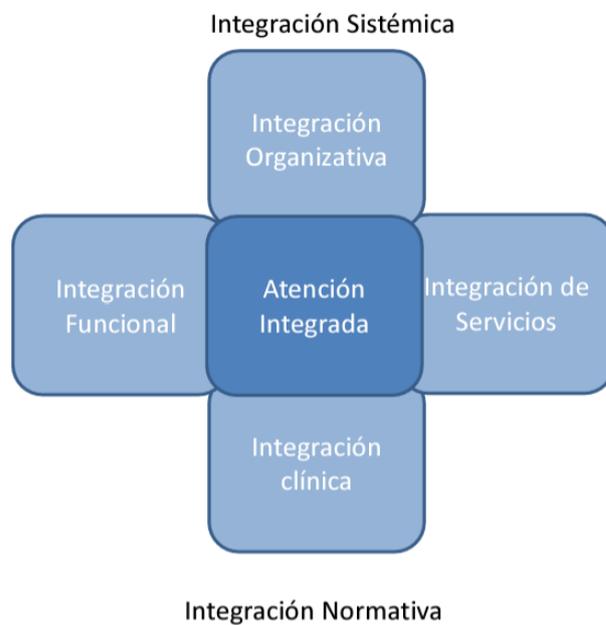
Shaw y cols. lo definen así: *“La atención integrada es un término que expresa la preocupación por mejorar la asistencia desde la perspectiva del paciente, y conseguir mayor eficiencia y ganancia de salud de los sistemas sanitarios. El objetivo es enfrentar la fragmentación de los servicios al paciente y posibilitar unos cuidados más coordinados y continuados, particularmente para la población envejecida con más patologías crónicas”* ¹⁷.

Existen multitud de definiciones en la literatura sobre “atención integrada” e “integración”, dependiendo de los enfoques y modelos que existen en la actualidad. Independientemente de las definiciones, la atención integrada implica la planificación y provisión de servicios desde la perspectiva del paciente para solucionar la fragmentación de la atención entre el primer y segundo nivel asistencial y sus consecuencias en la inadecuada calidad, la falta de seguridad del paciente y la ineficiencia de la atención; mientras que la integración está relacionada con los procedimientos, métodos y herramientas que facilitan la atención integrada¹⁸.

2. Modelos de atención integrada

La gestión contractual de los últimos 20 años no ha dado respuesta a la continuidad asistencial y la coordinación entre niveles y unidades asistenciales: ante la creciente cronicidad, los contratos deben evolucionar para adaptarse al reto de la integración clínica.

Al igual que definiciones, existen múltiples clasificaciones de la atención integrada. Una de las clasificaciones más extendida es la desarrollada por Lewis y colaboradores en 2010, basado en el trabajo de Fulop y colaboradores que se representa en la siguiente Figura 1.1:



- **Integración Organizativa:** donde las organizaciones se fusionan o se relacionan mediante procesos contractuales.
- **Integración Funcional:** donde existe soporte de instrumentos y tecnología pero no existe el apoyo clínico. Ejemplo: registros electrónicos de pacientes.
- **Integración de Servicios:** donde servicios clínicos diferentes son integrados en un nivel de organización, a través equipos multidisciplinares.
- **Integración Clínica:** donde la atención al paciente es integrado en un proceso coherente (protocolo) por los profesionales implicados en su asistencia.
- **Integración Normativa:** donde los valores y compromisos de los profesionales permiten la confianza y colaboración en una atención coordinada.
- **Integración Sistémica:** donde hay coherencia de política sanitaria y normas en todos los niveles de organización.

Figura 1.1: Esquema de Lewis sobre atención integrada (modificado)¹⁹

Otras clasificaciones tienen que ver si la integración es horizontal o vertical. Integración horizontal se produce cuando dos o más organizaciones prestan servicios conjuntamente en un nivel de atención similar. Integración vertical ocurre cuando dos o más organizaciones prestan servicios conjuntamente entre niveles de atención distintos.

Tanto las integraciones verticales como las horizontales pueden ser integraciones reales (cuando hay fusión de las organizaciones), o integraciones virtuales (mediante procesos contractuales).

En el contexto del proceso contractual, se ha seleccionado la clasificación que realiza Natasha Curry y Chris Ham²⁰ en tres niveles de gestión, que en general son integraciones virtuales:

- a) Macro-nivel: sistemas integrados en los que la atención y organización de los servicios es responsabilidad de un equipo multidisciplinar para una población definida, gestionada por una entidad asociativa de médicos con una cultura de colaboración y un liderazgo efectivo, que desarrollan su trabajo mediante guías y tecnología

de la información. Los ejemplos más conocidos son los relacionados fundamentalmente con procesos crónicos como el Kaiser Permanente o *Chronic Care Model*.

El Kaiser Permanente, organización sin ánimo de lucro – Health Maintenance Organisation (HMO) – es un sistema integrado en el cual el hospital y grupos médicos son organizaciones distintas unidas por contratos con pago por capitación.

El modelo de Kaiser Permanente, se basa en la estratificación de riesgo; identifica tres niveles de intervención según el grado de complejidad del caso, con el fin de utilizar mejor los recursos humanos y la organización de la atención asistencial, evitando ingresos hospitalarios y costes innecesarios (Figura 1.2).



Figura 1.2: Modelo de Kaiser Permanente

En Estados Unidos es reconocido por su excelente calidad de atención, la satisfacción de sus profesionales y su eficiencia. El *Chronic Care Model*, propiciado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es un modelo organizativo basado en la mejora en la coordinación de la atención a los enfermos crónicos, con la finalidad de obtener mejores resultados clínicos y funcionales (Figura 1.3).

La integración busca superar la falta de continuidad y coordinación; puede darse en diferentes dimensiones (organizativa, funcional, de unidades, de procesos clínicos, ...) puede ser horizontal (intra-nivel) o vertical (inter-niveles asistenciales), y puede articularse en lo macro (modelos tipo Kaiser o ChronicCare), en lo meso (equipos multidisciplinares en ámbitos locales), o en lo micro (planes de atención individualizada de pacientes y cuidadores)



Figura 1.3: Modelo de Cuidados Crónicos

Este modelo enfatiza las intervenciones comunitarias además de la educación al paciente y el auto-cuidado, el rediseño del sistema de prestación de servicios para garantizar la continuidad de la atención entre ambos niveles asistenciales, las guías o protocolos de actuación y los sistemas de información.

- b) Mesonivel: esta integración se enfoca a las necesidades de un grupo específico de pacientes ya sea por edad, por patología o por otra condición. La atención es llevada a cabo por un equipo multidisciplinar. Existen varios ejemplos de gestión de una específica enfermedad o proceso (diabetes, cardiopatía isquémica, asma, depresión, enfermedad obstructiva crónica) o programas de atención a ancianos.
- c) Micronivel: coordinación de la atención individualizada de pacientes y cuidadores, por ejemplo, la gestión de casos. Se basa en el diseño de un plan de cuidados que identifique las necesidades del paciente tanto en términos de salud como sociales y en la coordinación entre organizaciones para dar la atención requerida en el plan.

Es clave la figura de coordinador que generalmente recae sobre enfermería, lo que llamamos "enfermera gestora de casos".

En las experiencias mencionadas en los tres niveles de

integración, las tecnologías de la información y comunicación juegan un papel clave, ya que es imprescindible la implantación de la historia clínica electrónica, facilitando el acceso a todos los profesionales de ambos niveles que intervienen en el proceso asistencial para garantizar la calidad de la atención, evitar duplicidades de pruebas diagnósticas, minimizar la iatrogenia y, consecuentemente, mejorar la eficiencia.

Asimismo, deben garantizarse medios de comunicación ágiles ya sean por internet, teléfono u otros medios, valorando los más idóneos para la comunicación intra-hospitalaria, entre hospitales, con atención primaria, servicios de emergencia, recursos sociales y con el paciente.

En el SNS español, las CCAA han ensayado modelos diversos: de gestión conjunta de primaria y especializada, de área única (misma alta dirección y gestión no asistencial), de gestión por procesos, de gestión de casos, y de organización regional y nacional para servicios de referencia.

3. Modelos implantados en España

En España existen distintos modelos de atención integrada en los tres niveles de gestión mencionados más arriba. Desde la implantación de modelos de "Gestión Integrada" / "Organizaciones Sanitarias Integradas" (OSI) o "Área Única" en la macrogestión, la gestión por procesos en la mesogestión y la gestión de casos en la microgestión.

● Gestión Integrada u OSI

Se entiende por Gestión Integrada u OSI si existe una fusión de la gestión directiva, asistencial y administrativa de ambos niveles asistenciales en el Área de Salud. Este modelo se ha implantado en algunas Comunidades Autónomas (CCAA) en todo su ámbito territorial, en otras se estaba llevando a cabo alguna experiencia.

Las CCAA que han optado por este modelo, basan su decisión en la mejora de la continuidad asistencial y en la unificación de la gestión de los procesos asistenciales, lo que repercutirá en una mejor eficiencia de los recursos ya que esperan minimizar costes de personal, farmacia y gastos corrientes y unificar unidades de apoyo para la formación, la investigación y la docencia.

● Área Única

Se entiende por Área Única, la existencia de una única estructura en el Área de Salud con fusión administrativa,

pero sin fusión de ambos niveles asistenciales en la gestión asistencial. La implantación del modelo de Área Única se ha realizado en dos CCAA y sus estructuras directivas constan de un Gerente con Direcciones Médicas y de Enfermería en ambos niveles asistenciales. Las Direcciones de Recursos Humanos y de Recursos Económicos son únicas para atención primaria y atención hospitalaria.

La decisión para optar por este modelo se basa en el establecimiento de objetivos comunes a nivel de área de salud, más adecuados a ambos niveles asistenciales, con mayor capacidad de gestión de personal y adecuación asistencial a través de la gestión por procesos entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

● **Gestión por Procesos**

Independientemente del modelo que haya optado cada Comunidad Autónoma, ya sea el modelo tradicional o algunos de los dos modelos mencionados, en todas las CCAA se está implantando la gestión por procesos entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

La gestión por procesos aborda el problema específico de salud o las necesidades de atención de una población determinada (por ejemplo, población anciana) desde una visión centrada en el paciente o ciudadano, en los profesionales implicados en la prestación de los servicios y en los circuitos asistenciales para esta prestación, de tal manera que se consiga una atención y respuesta unificada a las necesidades y demandas del problema de salud en el devenir del paciente por el sistema sanitario. Por tanto, los elementos fundamentales de la gestión por procesos son:

- Enfoque centrado en el ciudadano / paciente
- Implicación de los profesionales
- Atención basada en la evidencia a través de guías clínicas consensuadas por los profesionales
- Circuitos para la prestación entre profesionales del mismo nivel de atención y entre profesionales de ambos niveles asistenciales
- Desarrollo de un sistema de información integrado.

La Consejería de Sanidad de Andalucía fue pionera en la implantación de los procesos asistenciales integrados (PAI)²¹, aunque en la actualidad existen muchas experiencias de gestión por procesos en las CCAA que pueden consultarse en las páginas web de las distintas Consejerías de Sanidad.

● **Gestión de casos**

La gestión de casos se desarrolla fundamentalmente para la atención de procesos complejos que necesitan un plan individualizado de prestación de servicios. Esta complejidad necesita en muchos casos de las intervenciones de ambos niveles asistenciales, por lo que es necesaria la figura de coordinación de las intervenciones que suele recaer en el personal de enfermería.

ANEXO II: Modalidades de Contratación de Servicios.

Desde el punto de vista del modelo de asignación de recursos que vehiculiza el contrato, se han caracterizado tres tipos: el pago por bloque, el pago por caso, y el pago por coste-volumen (precio vinculado a volúmenes de actividad).²²

El Contrato de Bloque (Block Contract) es el resultado de una estimación de lo que un centro o servicio va a gastar en el año siguiente; hay una parte fácil de calcular, y que tiene que ver con los llamados "costes fijos", que corresponden a los recursos que tenemos que poner en el terreno para que una unidad pueda abrir sus puertas y empezar a atender pacientes; los costes variables se añadirían con cada nuevo paciente atendido.

En la Figura 2.1 se representan en abcisas el número de pacientes anuales, y en ordenadas el coste unitario por paciente atendido; su multiplicación crea un área, que en este caso sería el presupuesto anual que se pactaría como Bloque: la parte azul son los costes fijos, y la amarilla los costes variables.

Los Contratos en Bloque son adecuados para dos situaciones:

- cuando la actividad no es una variable relevante para el financiador: por ejemplo, si queremos tener un servicio de emergencia o atención continuada abierto y operativo por razones de accesibilidad: hemos de pagar los costes en bloque, porque prácticamente todos ellos van a ser costes fijos.
- cuando haya poca variación entre el coste y el volumen pactado en el contrato, y el que finalmente se produce.

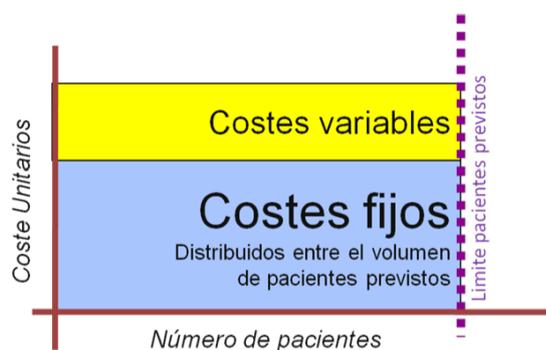


Figura 2.1: Estructura de los Contratos de Bloque.

El Contrato de Coste-por-Caso (*cost-per-case*), es cuando el financiador establece un coste de referencia (p.ej. coste medio por proceso en la red) que actúa como precio público para financiar los procedimientos o procesos atendidos por un centro o servicio sanitario. En el caso de los hospitales, sería, por ejemplo, un precio por alta, de acuerdo al DRG.

En la Figura 2.2 vemos que el mismo coste total que antes financiábamos en bloque, se puede visualizar como un coste- por-caso para los n pacientes atendidos (al coste unitario o coste medio por paciente). Si el precio que financia por caso la red sanitaria es superior a este coste medio, el centro sanitario financiará su coste fijo mucho antes de alcanzar su nivel de actividad anual pactado; si, por el contrario, el precio del financiador es menor, significa que tendrá que hacer más actividad para compensar la infra-financiación de los costes fijos. Pero, más importante aún: suponiendo que el coste medio sea similar al precio pagado por el financiador, si el centro sanitario hace más actividad de la prevista o pactada y la sigue cobrando a coste medio, habrá una sobre-financiación injustificada, ya que el financiador estará pagando por unos costes fijos que ya han quedado cubiertos con los primeros pacientes.

Los contratos de Coste por Caso se recomiendan cuando:

- a) El proveedor no puede influir en la demanda o en el volumen de servicios prestados (por lo tanto, la oferta no induce la demanda).
- b) Hay una gran variabilidad de costes y de actividad que no puede ser anticipada en los contratos: por ejemplo, las referencias de pacientes terciarios a hospitales no habituales para un tratamiento muy caro y poco habitual. En estos casos parece que es justo aportar una cantidad al centro sanitario por el caso adicional del cual ha de hacerse cargo.

Por estas razones el papel de este tipo de sistema de pago es complementario a los modelos de Bloque, y al modelo de Coste- Volumen que describimos a continuación.

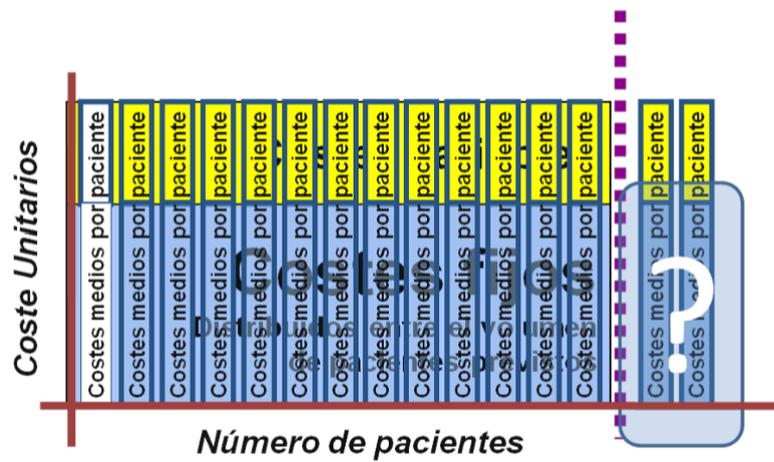


Figura 2.2: Estructura de los Contratos de Coste-por-Caso

En el contrato de Coste-Volumen lo que permite es establecer precios diferenciales en función del tramo de actividad. Como se ve en la Figura 2.3, hasta el paciente n funciona como un contrato en bloque; a partir de este nivel de actividad, a los pacientes adicionales atendidos se les reembolsa sólo una cantidad que compensa por los costes variables (hay un presupuesto disponible para este aumento aceptable de la demanda atendida); a partir de un número de pacientes, el financiador ya no acepta más demanda: primero la financiación decrece, para finalmente detenerse (no se aporta más dinero por paciente adicional atendido).

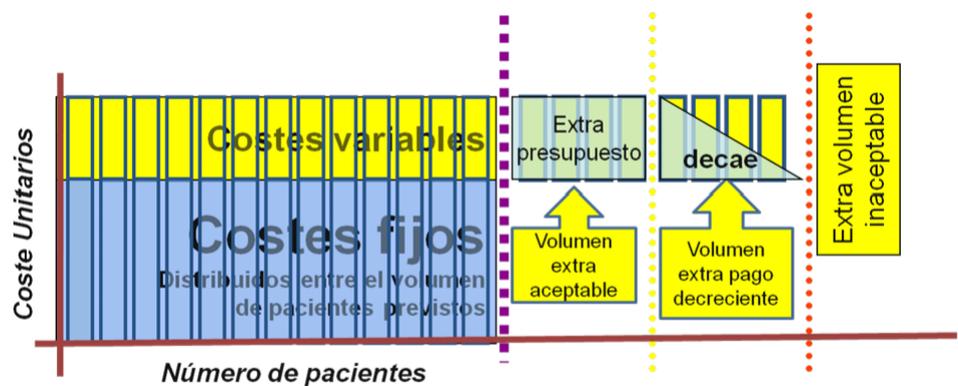


Figura 2.3: Estructura de los Contratos de Coste-Volumen

Un aspecto importante de la gestión contractual reside en

la cantidad y calidad de información de que dispongamos para pactar objetivos y monitorizar desempeños. En la reforma británica del inicio de los años 90 había una enorme pulsión por contratos muy detallados; esta práctica decayó a mitad de los 90, donde el conjunto de actividad del centro se totalizaba y los aumentos en unas actividades se podían compensar con los descensos en otras: a esto se le dio el nombre de "*Sophisticated Block Contract*", que era una forma económica de esfuerzos de negociar en años sucesivos ajustes de contratos de coste-volumen de acuerdo a las cifras agregadas de cantidades y costes.

La falta de información o la mala calidad también se suele aducir como problema para iniciar la gestión contractual, o para criticar su falta de validez; sin embargo, se ha demostrado que es precisamente la utilización de los sistemas de información en procesos de comparación e incentivación, la que ayuda de forma decisiva a mejorarlos. La competitividad entre centros ayuda a desvelar con poco esfuerzo problemas de información: de hecho, para el financiador es una estrategia muy económica para obtener información tanto de indicadores como de desempeños.

Referencias Bibliográficas

1. Figueras J, Robinson R, Jakubowsky E (eds). *Purchasing to Improve Health System Performance*. London: Open University Press, WHO-Europe – The European Observatory of Health Systems and Policies, 2005. Disponible en: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/98428/E86300.pdf
2. Para una ampliación de la teoría contractual ver: González Páramo, JM, Onrubia Fernández J. *Información, evaluación y competencia al servicio de una gestión eficiente de los servicios públicos*. *Papeles de Economía Española*, 2003; (95): 2-23.
3. Exworthy M et al. *Decentralisation and Performance: Autonomy and Incentives in Local Health Economies*. Research report Produced for the National Institute for Health - Research Service Delivery and Organisation programme. London: HMSO; 2010. Disponible en: <http://www.sdo.nihr.ac.uk/files/project/125-final-report.pdf>
4. Repullo Labrador JR. *La coordinación de la producción como fundamento técnico de la Gestión*. GAPS [Internet]. 14 de junio de 2023 [citado 29 de agosto de 2023];2:6. Disponible en: <https://revistas.uned.es/index.php/GAPS/article/view/37760>
5. Ovretveit J. *Purchasing for health*. Buckingham: Open University Press, 1995
6. Gonzalez López-Valcárcel B. (1998) *Los sistemas de información y el tránsito a los contratos de gestión en INSALUD*. En Peiro S, Domingo LI. (edit): *Información Sanitaria y Nuevas Tecnologías*. AES Vitoria, 1988 (Proceedings congreso de Economía de la Salud).
7. *Contratualização—Gestão Pública* [Internet]. [cited 2011 Jan 20]; Disponible en: <http://www.gespublica.gov.br/projetos-aco-es/pasta.2010-10-13.4253560369>
8. Klasa K, Greer SL, van Ginneken E. *Strategic purchasing in*

practice: Comparing ten European countries. Health Policy [Internet]. 2018;122(5):457–72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.01.014>

9. Regmi K, Mudyarabikwa O. A systematic review of the factors - barriers and enablers - affecting the implementation of clinical commissioning policy to reduce health inequalities in the National Health Service (NHS), UK. *Public Health [Internet]. 2020;186:271–82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2020.07.027>*

10. Close J, Byng R, Valderas JM, Britten N, Lloyd H. Quality after the QOF? Before dismantling it, we need a redefined measure of 'quality.' *Br J Gen Pract [Internet]. 2018;68(672):314–5. <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp18x697589>*

11. Servicio Andaluz de Salud. Contrato Programa 2022. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2022/cp_08_04_2022.pdf

12. Webs con los contratos programa de centros sanitarios de la Comunidad de Madrid. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/contrato-programa-centros-sanitarios>

13. NHS Standard Contract 2023/24 technical guidance. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/publication/nhs-standard-contract-2023-24-technical-guidance/>

14. Ministerio de Sanidad. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Ministerio de Sanidad, 2010 Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera_de_Servicios_de_Atencion_Primaria_2010.pdf

15. World Health Organization. People centred and integrated health services: an overview of the evidence: interim report. WHO, 2015. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/155004>

16. Congreso de los Diputados: Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica. Boletín Oficial de las Cortes Generales. 21 julio 2020. Pag. 36. [consultado 20/07/2023].

Disponible en: https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153_1_Aprobacion_Pleno.pdf

17. Shaw S, Rosen R, Rumbold B. What is integrated care?. Nuffield Trust, 2011. Disponible en: http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/what_is_integrated_care_research_report_june11_0.pdf

18. Nuffield Trust. Integrated care explained. 13/12/2021. Disponible en: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/resource/integrated-care-explained>

19. Lewis RQ, Rosen R, Goodwin N, Dixon J. Where next for integrated care organisations in the English NHS? London: The Nuffield Trust, 2010. Disponible en; http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/where_next_for_integrated_care_organisations_in_the_english_nhs_230310.pdf

20. Curry N, Ham Chris. Clinical and service integration: the route to improved outcomes. The King 's Fund, 2010. Disponible en: <http://kingsfund.koha-ptfs.eu>

21. Existe un portal específico para los Procesos Asistenciales Integrados, disponible en: www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados

22. Chalkley M, McVicar D. Choice of contracts in the British National Health Service: An empirical study. *Journal of Health Economics*, Volume 27, Issue 5, September 2008; 27 (5):1155-1167