

ORIGINALES

Comparación de equipos de atención primaria de Barcelona según fórmulas de gestión

A. Guarga^a, M. Gil^a, M. Pasarín^b, R. Manzanera^a, R. Armengol^b y J. Sintes^c

^aDirección de Planificación y Evaluación. Consorci Sanitari de Barcelona. ^bInstitut Municipal de Salut Pública. Ajuntament de Barcelona. ^cServei Català de la Salut.

Objetivo. El objetivo del estudio es comparar, para zonas socioeconómicamente similares, el resultado en la utilización de servicios, la práctica clínica y los costes de farmacia, cuando los equipos de atención primaria encargados de la provisión de servicios se organizan según fórmulas de gestión diferenciadas.

Diseño. Estudio descriptivo de evaluación de servicios sanitarios.

Pacientes y métodos. Se seleccionaron EAP comparables de ambas fórmulas de gestión (Institut Català de la Salut/Otros proveedores públicos) de acuerdo con el nivel socioeconómico de la población. Se evaluó el resultado de indicadores relacionados con la utilización de servicios, práctica clínica y costes de farmacia.

Resultados principales. Se observan diferencias en la oferta de servicios a la población entre las diferentes formas de provisión. La utilización de servicios por la población se relaciona con sus características socioeconómicas y no con la forma de provisión de servicios sanitarios. Respecto a la práctica asistencial, aunque globalmente no se detectan diferencias relevantes entre las diferentes formas de provisión de servicios, se observa variabilidad entre los distintos equipos seleccionados, no siguiendo un patrón atribuible a la fórmula de gestión. La mayor fuente de variabilidad en el gasto farmacéutico parece relacionarse con un condicionante externo.

Conclusiones. Los datos analizados no permiten identificar diferencias relevantes entre las distintas formas de provisión de servicios. Las variaciones observadas parecen relacionarse principalmente con las características de la población, su patrón de uso de los servicios públicos u otros condicionantes externos.

Palabras clave: Atención primaria salud; Investigación servicios sanitarios;
Utilización servicios sanitarios.

COMPARISON OF PRIMARY HEALTH CARE TEAMS IN BARCELONA ACCORDING DIFFERENT MANAGEMENT FORMULAS

Objective. The aim of the study is to compare, among socio-economically similar areas, the use of medical services, clinical practice and pharmacy costs depending on the how the primary healthcare teams, that provide these services, are organized according to different management formulas.

Design. Descriptive study of the evaluation of health care services.

Patients and methods. The population units (basic health areas) attended by the reformed primary health care services in Barcelona were classified into three levels according to the population's socioeconomic status (high, medium or low). For each level, two primary health care teams were selected representing different primary health care providers: «Institut Català de la Salut»; and others. The influence of both the provision option and the population characteristics on service use, clinical practice and costs of prescription were compared. **Main results.** The services offered by the two provision options differ. However, the use of medical services is related to the socioeconomic characteristics and not to the option for service provision. Whilst there are no relevant differences in clinical practice between the different options, we observed variations among different primary care teams, notably in referrals to specialists and influenza vaccine coverage. The greater source of variation in prescription costs seems to be related to an external confounding factor.

Conclusions. Empirical data have not identified relevant differences in the pattern of use, clinical practice, or costs between the different options for service provision within the model of reformed primary care services. Observed variations seem to be associated mainly with the population's characteristics, its pattern of health service use or other external confounding factors.

(Aten Primaria 2000; 26: 600-606)

Correspondencia: Alejandro Guarga i Rojas.
Consorcio Sanitario de Barcelona. Calabria, 169. 08015 Barcelona.
Correo electrónico: aguarga@rsbcn.scs.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 7-VI-2000.

Introducción

La evaluación comparativa de equipos de atención primaria (EAP) o de entidades proveedoras tiene como objetivo analizar los costes, el proceso o el resultado de la atención que prestan. Esta comparación no puede ignorar la heterogeneidad de la distribución de diversas características de la población, que influyen en las variables que definen el coste, el proceso o el resultado de la atención. Así, la población adscrita a cada equipo y a cada entidad proveedora puede presentar características propias que han de ser consideradas¹. La demanda de servicios de atención primaria de financiación pública por la población depende de diversos factores² que pueden resumirse en tres: factores relacionados con la oferta asistencial, factores relativos a las características de la población y factores que condicionan el acceso a otros servicios sanitarios³. Los factores relativos a la oferta de servicios hacen referencia a la estructura, organización y estilo de trabajo de los diferentes EAP que pueden condicionar la demanda y utilización. En lo referente a las características de la población, su estado de salud condiciona la utilización de los servicios sanitarios, muy vinculada a la estructura demográfica de la población y a factores socioeconómicos, que condicionan la incidencia de enfermedad y de muerte prematura. Finalmente, el acceso a otros servicios asistenciales, públicos o de financiación privada, modifica la demanda de servicios de atención primaria de financiación pública.

Así, a la hora de analizar actividad y costes de la asistencia, la comparación directa con datos brutos entre centros o entidades proveedoras, sin tener en cuenta estos factores, puede llevar a errores graves. Este tema es crucial para la toma de decisiones

TABLA 1. Características sociodemográficas e indicadores de salud según características de la zona y fórmula de gestión asistencial (Barcelona, 1997)

	ABS grupo 1		ABS grupo 2		ABS grupo 3	
	ICS1	OEP1	ICS2	OEP2	ICS3	OEP3
Año de la RAP	1992	1993	1991	1995	1987	1994
Población adscrita (padrón 1996)	15.713	14.981	13.989	19.452	22.351	30.674
Indicador de riqueza (ICEF) ^a	62	58	80	91	124	143
% población > 64 años	29,6%	27,5%	18,8%	18,8%	22,2%	15,6%
Esperanza de vida (años)	73,1	70,4	76,4	77,2	79,6	81,6
Tasa de mortalidad ^b	1.307,5	1.486,8	1.136,7	1.110,7	945,1	794,4
Tasa de APVP ^c	94,6	133,6	59,8	55,5	43,9	32,8

ABS grupo 1, 2, 3: ABS de bajo nivel socioeconómico (grupo 1), de nivel socioeconómico medio (grupo 2) y mayor nivel socioeconómico (grupo 3); RAP: reforma de atención primaria; ICS: equipos de atención primaria pertenecientes al Institut Català de la Salut, y OEP: equipo de atención primaria perteneciente a otras entidades proveedoras.

^aÍndice de Capacidad Económica familiar¹²: índice sintético calculado a partir de la información del padrón que refleja la capacidad económica de la población residente en la ABS. Cuanto mayor es el indicador, mayor es la riqueza de la población.

^bTasa media anual de mortalidad estandarizada (por 100.000 habitantes), período 1992-1996.

^cTasa estandarizada media anual de años potenciales de vida perdidos, período 1992-1996.

fundadas en un sistema sanitario que introduce algunos elementos propios del mercado, como hace el sistema de utilización pública de Cataluña desde la constitución del Servei Català de la Salut (SCS)⁴. Sin embargo, se constata que apenas se dispone de estudios detallados que cuantifiquen el peso de cada factor⁵⁻⁸ o que evalúen la eficiencia en la provisión de servicios^{9,10}.

En Cataluña, los centros reformados de atención primaria se desarrollaron desde el ICS, según esquemas normativos definidos¹¹. Desde la aprobación de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña, otras entidades proveedoras (OEP) han asumido la gestión de algunos centros de atención primaria. En la mayoría de casos, se trata de entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro, si bien también puede tratarse de equipos de base asociativa (EBA)¹². Comparados con el ICS, las OEP tienen opción a una mayor flexibilidad en el esquema organizativo, tanto en el ámbito de la oferta de profesionales a la población (ratio profesionales/habitantes), como en la contratación y retribución de sus profesionales o la gestión de pruebas complementarias y derivación a la atención especializada. Estos proveedores, con una cartera de servicios idéntica, mantienen con el SCS una vinculación contractual por un importe definido y que incorpora conceptos como la provisión asistencial por un EAP, las pruebas de laboratorio y de diagnóstico por la imagen, la atención especializada, las prestaciones no farmacéuticas, el transporte sanitario y la rehabilita-

ción. Por otra parte, un 5% de presupuesto es variable en cuanto se halla sujeto al cumplimiento de objetivos relacionados con las directrices que marca el Plan de Salud de Cataluña y de Barcelona.

El objetivo del estudio es comparar, para zonas socioeconómicamente similares, el resultado en la utilización de servicios, la práctica clínica y los costes de farmacia, cuando los equipos de atención primaria encargados de la provisión de servicios se organizan según fórmulas de gestión diferenciadas (red diversificada –OEP– frente a red no diversificada –ICS–).

Material y métodos

En 1997 había en Barcelona 23 equipos de atención primaria (EAP) con más de 2 años de funcionamiento. De éstos, 20 pertenecen al sistema público clásico de atención primaria gestionado por el ICS y 3 EAP pertenecen a otras entidades proveedoras (OEP) también públicas, con características diferenciales tanto en el modelo organizativo y de gestión como en su relación con el SCS. Los 3 EAP OEP proporcionan asistencia a la población de 3 áreas básicas de salud (ABS) diferentes en sus características socioeconómicas y de salud: una de nivel socioeconómico bajo y altas necesidades en salud, otra de nivel medio y una tercera de nivel socioeconómico alto y menores necesidades en salud¹³. Las ABS son equivalentes a las zonas básicas de salud (ZBS) del resto del Estado.

Para poder comparar estas fórmulas de gestión considerando sus características diferenciales respecto de su población de referencia, se seleccionó, para cada EAP OEP, un EAP del ICS comparable respecto de su estado de salud (medido a través de indicadores globales de mortalidad) y

de su nivel socioeconómico, medido por el índice de capacidad económica familiar (ICEF)¹⁴. Este es un indicador sintético que incorpora información de la capacidad económica de las familias del ABS a través de la información del padrón (renta, consumo telefónico, características de los vehículos, valor del suelo, etc.). Según la fórmula de gestión (ICS/OEP) y las características sociodemográficas de la población adscrita (grupos 1, 2 o 3, de menor a mayor nivel socioeconómico), los EAP seleccionados se denominarán ICS1, 2 o 3 y OEP1, 2 o 3.

En la tabla 1 se presentan algunos indicadores sociodemográficos y de salud de la población adscrita a los EAP seleccionados para la comparación: número de habitantes de la ABS y proporción de mayores de 64 años (envejecimiento relativo), riqueza estimada por el ICEF de la zona¹⁴, esperanza de vida y mortalidad estandarizada¹⁵.

La valoración comparativa se basa en tres aspectos fundamentales de la atención primaria: la oferta de servicios y su utilización por parte de la población; los procesos asistenciales y los costes de farmacia. La relación de indicadores seleccionados se incluye en la tabla 2. La comparación de las diferentes formas de gestión se llevó a cabo de forma global para cada modelo (ICS y OEP) y estratificadamente de acuerdo con las características sociodemográficas y las necesidades en salud de la población (ABS grupos 1, 2 y 3).

La oferta de servicios, actividad y derivaciones de los EAP se obtiene a partir de la información anual proporcionada por las entidades proveedoras según un modelo estandarizado y comparable de recogida de datos. La información del consumo farmacéutico se obtiene a partir de la aplicación FAN de la Unidad de Farmacia del CSB que permite analizar los datos de consumo de farmacia a nivel de ABS. La información relativa a la cobertura de los programas de atención domiciliaria (ATDOM)¹⁶ y vacunación infantil

TABLA 2. Relación de indicadores seleccionados

Oferta de servicios
Habitantes adscritos por profesional (médico, DUE, administrativo)
Oferta de atención telefónica por el profesional asignado
Oferta de cita previa
Resolución descentralizada de los trámites administrativos de las prestaciones
Oferta de un programa de atención domiciliaria (ATDOM)
Indicadores de utilización de servicios y productividad
Proporción de la población adscrita que se atiende en un año
Número de visitas/persona atendida en un año
Número de visitas por profesional y día
Indicadores de procesos asistenciales
Cobertura poblacional del programa ATDOM en la población mayor de 64 años
Cobertura poblacional de la vacuna antigripal en los mayores de 64 años
Proporción de niños de 2 años con primovacunación correcta
Número de peticiones a radiología por cada 100 visitas médicas
Número de peticiones a laboratorio por cada 100 visitas médicas
Número de derivaciones al especialista por cada 100 visitas médicas
Número de recetas por cada 100 visitas médicas
Proporción de recetas de productos de valor intrínseco elevado (VIE)
Indicadores de prescripción farmacéutica y costes
Gasto farmacéutico líquido (PVL) por habitante atendido y año
Gasto farmacéutico líquido (PVL)/habitante adscrito y año
Gasto farmacéutico líquido (PVL)/visita

DUE: diplomado universitario de enfermería.

se obtuvo mediante el análisis de los registros específicos del EAP según los criterios fijados en el Plan de Salud de Barcelona. La vacunación antigripal se analizó a partir de la información definida en el Programa Departamental de Vacunación Antigripal y los criterios definidos en el Plan de Salud.

Los resultados de los indicadores en los EAP seleccionados hacen referencia al año 1997 y no son estimaciones, por lo que no se presentan pruebas de contraste de hipótesis.

Resultados

Oferta de servicios

La información relativa a la oferta de servicios se detalla en la **tabla 3**. La fórmula de gestión ICS, globalmente, presenta una mayor oferta de profesionales médicos (uno por cada 1.534 habitantes) y de diplomados en enfermería (DUE) (uno por cada 1.714 ha-

bitantes) que la de los OEP (uno por cada 1.973 y 4.340 habitantes, respectivamente); por el contrario, la oferta de administrativos es menor. En ambas fórmulas de gestión (ICS/OEP) se observa un gradiente de aumento en la oferta de profesionales a medida que las características socioeconómicas y de salud de la población son más desfavorables.

En lo referente al resto de aspectos organizativos seleccionados, todos los EAP analizados ofrecían atención telefónica al usuario por parte del profesional asignado, cita previa, programa de atención domiciliaria y resolución de los trámites administrativos de las prestaciones.

Utilización de servicios por parte de la población y productividad de los EAP

La utilización de servicios por parte de la población y la productividad de los EAP se muestran en la **tabla 4**. El porcentaje de residentes mayores de 14 años que consultan al EAP durante el año es superior en los EAP OEP que en el ICS tanto globalmente (61% frente a 53,3%, respectivamente), como en cada uno de los territorios analizados (ABS grupos 1,2,3). En la población pediátrica este porcentaje es superior en los EAP ICS excepto en el EAP del grupo 2. Además, el porcentaje de residentes que consultan al EAP durante el año es muy inferior en las zonas de elevado nivel socioeconómico comparado con las de nivel socioeconómico medio o bajo. Por lo que respecta a la frequentación (visitantes/persona atendida y año), ésta es superior en los EAP ICS que en los EAP OEP, tanto

TABLA 3. Indicadores de oferta de servicios; estudio por características de la zona y fórmula de gestión asistencial (Barcelona, 1997)

	ABS grupo 1		ABS grupo 2		ABS grupo 3		Total	
	ICS1	OEP1	ICS2	OEP2	ICS3	OEP3	ICS	OEP
Habitantes/médico	1.309	1.362	1.399	1.768	1.787	2.789	1.534	1.973
Habitantes/DUE	1.309	3.745	1.399	3.242	2.382	6.135	1.714	4.340
Habitantes/administrativo	3.928	2.497	2.798	3.242	7.147	7.669	4.484	4.069
Oferta de atención telefónica*	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Oferta de cita previa	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Oferta resolución trámites administrativos de las prestaciones	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Oferta Programa ATDOM	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

ABS grupo 1, 2, 3: ABS de bajo nivel socioeconómico (grupo 1), de nivel socioeconómico medio (grupo 2) y mayor nivel socioeconómico (grupo 3); ICS: equipo de atención primaria pertenecientes al Institut Català de la Salut; OEP: equipo de atención primaria perteneciente a otras entidades proveedoras; DUE: diplomado universitario de enfermería, y ATDOM: atención domiciliaria.

*Atención telefónica al usuario por parte de los profesionales asignados.

TABLA 4. Indicadores de utilización de servicios por parte de la población y presión asistencial según características de la zona y fórmula de gestión asistencial (Barcelona, 1997)

	ABS grupo 1		ABS grupo 2		ABS grupo 3		Total	
	ICS1	OEP1	ICS2	OEP2	ICS3	OEP3	ICS	OEP
% población > 14 años adscrita atendida en el año 1997*	68,1	75,9	73,6	81,3	34,8	40,6	53,3	61
% población < 15 años adscrita atendida en el año 1997	90,4	78,3	85,8	87,1	44,3	35,5	64,5	60
% población total adscrita atendida en el año 1997	70,0	76,1	75,0	82,1	36,0	39,9	54,5	60,8
Visitas/población atendida	9,7	7,3	11,3	6,8	9,2	8,5	10,1	7,5
Visitas medico (MG y pediatra)/día	24,6	22,4	25,3	31,6	14,6	22,8	20,6	25,6
Visitas enfermera/día	11	21,9	22,1	14,2	12,2	32,7	14,7	22,4

ABS grupo 1, 2, 3: ABS de bajo nivel socioeconómico (grupo 1), de nivel socioeconómico medio (grupo 2) y mayor nivel socioeconómico (grupo 3); MG: medicina general; ICS: equipo de atención primaria pertenecientes al Institut Català de la Salut, y OEP: equipo de atención primaria perteneciente a otras entidades proveedoras.

TABLA 5. Indicadores de procesos asistenciales según características de la zona y fórmula de gestión asistencial (Barcelona, 1997)

	ABS grupo 1		ABS grupo 2		ABS grupo 3		Total	
	ICS1	OEP1	ICS2	OEP2	ICS3	OEP3	ICS	OEP
Analíticas/100 visitas médicas	7,5	11,7	8,9	8,7	9,2	9,1	8,5	9,7
Peticiones a radiología/100 visitas médicas	5,7	4,3	6,2	6,4	4,8	3,9	5,6	5,1
Derivaciones al nivel especializado/100 visitas médicas	7,2	5,7	11,6	6,7	7,3	9,3	8,8	7,4
N.º recetas/100 visitas médicas	359	366	334	321	655	284	440	323
% recetas con VIE	88,1	83,2	83,8	78,2	77,8	83,9	80,9	83,3
Cobertura poblacional programa ATDOM (> 64 años) ^a	7,5%	5,3%	4,8%	3,4%	3,0%	3,9%	4,9	4,2
Cobertura poblacional vacunación antigripal (> 64 años) ^b	46,7%	42,5%	51,8%	35,1%	42,8%	64,9%	49,8%	48,9%
Cobertura vacunal en niños de 2 años ^c	98%	96%	70,4%	90%	89%	96,4%	86%	93,5%

ABS grupo 1, 2, 3: ABS de bajo nivel socioeconómico (grupo 1), de nivel socioeconómico medio (grupo 2) y mayor nivel socioeconómico (grupo 3); ICS: equipo de atención primaria perteneciente al Institut Català de la Salut; OEP: equipo de atención primaria perteneciente a otras entidades proveedoras, y VIE: valor intrínseco elevado.

^aPacientes mayores de 64 años incluidos en el programa ATDOM/población adscrita mayor de 64 años.

^bPacientes mayores de 64 años vacunados de la gripe/población adscrita mayor de 64 años.

^cPorcentaje de niños de 2 años con registro de primovacunación correcta (4 dosis DTP-VPO y una de triple viral).

en su conjunto (10,1 visitas/habitante atendido frente a 7,5) como en cada uno de los ámbitos territoriales analizados. En lo referente a la productividad, en conjunto, el número de visitas por profesional y día es superior en los EAP OEP para los médicos y personal de enfermería que en los EAP ICS, aunque existe variabilidad según las características de la ABS.

Procesos asistenciales

Los indicadores seleccionados relacionados con la práctica asistencial se presentan en la tabla 5. Globalmente la petición de analíticas por cada 100 visitas médicas fue superior en los EAP OEP (9,7) que en los EAP ICS (8,5), a expensas del mayor uso de pruebas de laboratorio en el EAP OEP1 (11,7) que en el EAP ICS1 comparable (7,5). Por otro lado, globalmente las peticiones a radiolo-

gía son ligeramente superiores en los EAP ICS que en los EAP OEP (5,6 frente a 5,1). En lo que atañe a la capacidad resolutiva (medida como el número de derivaciones al nivel especializado por cada 100 visitas médicas), globalmente el número de derivaciones fue superior en los EAP del ICS (8,8) que los OEP (7,4). Según las características de la zona, las mayores diferencias se observaron en la ABS del grupo 2 (11,6 en el EAP ICS y 6,7 en EAP OEP comparable).

En la prescripción farmacéutica (n.º de recetas/100 visitas), las mayores diferencias se observan entre el EAP ICS3 y el EAP OEP3 y éstas afectan de forma notable a la comparación general. Por otro lado, no se observaron diferencias en la calidad de la prescripción (medida como el porcentaje de fármacos con valor intrínseco elevado) entre las diferentes formas de gestión (ICS/OEP).

En lo relativo a la cobertura de los programas, un 4,6% de los mayores de 64 años adscritos en estas zonas estaban incluidos en el programa de atención domiciliaria. Globalmente, esta cobertura es algo superior en el ICS (4,9 frente a 4,2) a expensas de un mayor cobertura en las zonas 1 y 2. Asimismo, esta cobertura es mayor, cuanto menor es el nivel socioeconómico de la población (especialmente en el grupo 1).

Por lo que respecta al programa de vacunación contra la gripe, un 49,3% de los mayores de 64 años residentes en estas zonas se habían vacunado contra la gripe, no existiendo diferencias entre las fórmulas de gestión (49,8% en ICS frente a 48,9% en OEP). Sin embargo, se observa variabilidad en la cobertura poblacional en los distintos EAP analizados (zonas 2 y 3). Por otro lado, el porcentaje de registro de vacunación correcta en niños menores de 2 años es supe-

TABLA 6. Indicadores de prescripción farmacéutica y costes según las características de la zona y fórmula de gestión asistencial (Barcelona, 1997)

	ABS grupo 1		ABS grupo 2		ABS grupo 3		Total	
	ICS1	OEP1	ICS2	OEP2	ICS3	OEP3	ICS	OEP
PVL/adscrito año	26.686	22.625	22.621	22.394	24.161	10.993	24.472	17.375
PVL/atendido año	38.120	29.722	30.166	28.495	67.125	27.567	44.886	28.562
PVL/visita	5.673	5.506	5.000	5.230	11.796	5.387	7.149	5.976

ABS grupo 1, 2, 3: ABS de bajo nivel socioeconómico (grupo 1); de nivel socioeconómico medio (grupo 2) y mayor nivel socioeconómico (grupo 3); ICS: equipo de atención primaria públicos pertenecientes al Institut Català de la Salut; OEP: equipo de atención primaria perteneciente a otras entidades proveedoras, y PVL: gasto farmacéutico líquido (en pesetas).

rior en los EAP OEP (93,5%) que en los EAP ICS (86%), atribuible en gran parte a una baja cobertura en el EAP ICS 2.

Costes de farmacia

Los costes de farmacia de los diferentes EAP se incluyen en la [tabla 6](#). Los indicadores de costes analizados son superiores en los EAP ICS que en los EAP OEP comparables (sobre todo en el EAP ICS 3), cuando se utilizan como denominador la población adscrita y la atendida. Por contra, la utilización del coste por visita, que valora el servicio realmente utilizado, es relativamente homogéneo entre los EAP comparables salvo en las zonas de nivel socioeconómico elevado (grupo 3).

Discusión

Diversos estudios han evaluado la influencia de los modelos organizativos de la asistencia en la utilización de servicios^{9-10,17-21}. En nuestro país, esta investigación se ha centrado fundamentalmente en la evaluación de la reforma de la atención primaria²²⁻²⁵. Las características sociodemográficas y de necesidades en salud influyen, tanto en la utilización de servicios por parte de la población, como en la actividad de los mismos. Así, para la comparación de diferentes fórmulas de gestión tienen que considerarse estas posibles características diferenciales de la población para controlar las posibles variables confusoras (características sociodemográficas y necesidades en salud). Por esto, para cada EAP de las OEP se seleccionó un EAP del ICS comparable respecto de estas características.

Hay que considerar también que las características individuales de los profesionales influyen en la demanda y uso de servicios. Ahora bien, en

un modelo asistencial como el de los servicios reformados de atención primaria, se produce una cierta confluencia entre estilos de práctica: los equipos adoptan protocolos comunes de actuación ante los problemas de salud más frecuentes, y los modelos organizativos condicionan la práctica individual. El presente trabajo no pretende entrar en valorar la práctica individual, aunque reconocemos que la práctica de un equipo refleja la síntesis de las prácticas individuales de sus miembros, en las que pueden darse variaciones. Sin embargo, creemos que la observación de las diferencias entre equipos que atienden a poblaciones potencialmente homogéneas no puede adjudicarse sólo a diferencias individuales, sino que refleja principalmente diferentes fórmulas organizativas.

La decisión de utilizar los servicios sanitarios es la consecuencia de la interacción de factores relacionados con el estado de salud del individuo, de la percepción que el individuo tiene sobre su estado de salud, de la disponibilidad de oferta de servicios sanitarios, así como de factores organizativos y socioeconómicos relacionados con el paciente y con el profesional²⁶. La necesidad de recibir asistencia médica es el factor que más explica la utilización de los servicios sanitarios por parte de la población en los diferentes estudios^{27,28}, aunque los modelos sólo explican parte de la variabilidad². En atención primaria, el estado de salud es el principal factor determinante de la utilización¹⁸. En el presente estudio, los aspectos organizativos seleccionados son similares entre las diferentes fórmulas asistenciales. Por lo que respecta a la oferta de personal, se observa una mayor homogeneidad en los EAP del ICS, por ámbitos territoriales, que en los EAP OEP relacionado probablemente este fenómeno con la mayor flexibilidad en materia organizativa de

estas otras fórmulas de gestión. Por otra parte, la mayor oferta de personal sanitario se da en las zonas con nivel socioeconómico más bajo, congruente con la mayor necesidad y demanda de servicios de esta población. La utilización de los servicios sanitarios, medida como el porcentaje de residentes que se visita durante el año, en conjunto es relativamente similar entre las diferentes fórmulas de gestión; aun así, destacan las diferencias en la población pediátrica atendida en la zona 1 entre el EAP OEP1 y el EAP ICS1 comparable ([tabla 4](#)). Además, la utilización de servicios es menor en las zonas de mayor nivel socioeconómico, hecho que puede estar relacionado con que el presente estudio sólo evalúa la utilización del sistema sanitario público. En nuestro entorno se observa una mayor utilización de los servicios privados de asistencia y doble cobertura sanitaria en los niveles socioeconómicos más altos, hecho que podría justificar la menor utilización de los servicios sanitarios públicos en las zonas de mayor nivel socioeconómico (ABS grupo 3). Diversos estudios reflejan una superior utilización de servicios por parte de la población de nivel socioeconómico más bajo, relacionada con la mayor edad y morbilidad percibidas en las personas con clase social baja²⁹⁻³¹. De hecho, las personas de menor nivel socioeconómico muestran una menor utilización de los servicios sanitarios cuando se tiene en cuenta la morbilidad³¹. Estudios recientes muestran que las diferencias en la utilización de servicios en 97 consultas de atención primaria de Londres se podían explicar por la estructura de edad y la presencia de población deprimida³². Por otro lado, la frecuentación (n.º visitas/persona atendida) es superior en los EAP ICS (10,1 visitas/persona atendida) que en los EAP OEP (7,5), con gran variabilidad

dad entre los EAP analizados. Esto puede reflejar diferencias en la práctica asistencial entre ambas formas de gestión o bien puede estar relacionado también con variaciones demográficas y de morbilidad en la población atendida, aunque en estos momentos no se dispone de información para evaluar estas hipótesis. Otros estudios reflejan también una fuerte variabilidad en la frecuentación cuando se analizan datos de diferentes provincias de España^{33,34}. En términos generales, no se observan grandes diferencias tanto en la petición de pruebas complementarias como el número de derivaciones al nivel especializado por 100 visitas entre ambas formas de provisión de servicios (ICS/OEP). Aunque se detecta cierta variabilidad en los diferentes EAP analizados, ésta no sigue ningún patrón definido (tabla 5). Los resultados de diferentes estudios muestran una gran variabilidad en estos indicadores³⁴⁻³⁶. Sin embargo, el análisis cuantitativo aporta sólo una visión parcial, siendo necesario un análisis cualitativo de la adecuación de las peticiones de pruebas complementarias o de la resolubilidad de la derivación en el nivel de la asistencia primaria³⁷. En lo referente a la prescripción farmacéutica, no se observan diferencias apreciables en el número de recetas por 100 visitas en los EAP comparables de las ABS tipo 1 y 2 (tabla 5); sin embargo, en la ABS tipo 3 se observa un mayor valor del indicador en el EAP del ICS (655) que el OEP comparable (284), afectando este hecho a las comparaciones globales, tanto a nivel de fórmula de gestión como según las características socioeconómicas. Esto puede estar relacionado con una gran concentración de residencias geriátricas en esta ABS, siendo el número de plazas geriátricas 15 veces mayor que el resto de ABS. En lo referente al grado de implantación de los programas, en conjunto, no se observan diferencias relevantes entre los EAP ICS y de OEP en las coberturas poblacionales de los programas de atención domiciliaria (ATDOM)¹⁶ y de la vacunación contra la gripe en los mayores de 65 años, aunque se observa una gran variabilidad entre los EAP de las distintas zonas de estudio. Asimismo, se observa una mayor cobertura del programa ATDOM en las zonas de menor nivel socioeconómico, especialmente en el grupo 1, siendo las

diferencias entre las ABS de los grupos 2 y 3 poco importantes (tabla 5). En lo referente a la vacunación antigripal, se observa una gran variabilidad en la cobertura poblacional en mayores de 65 años entre los diferentes EAP analizados (tabla 5). Esta variabilidad puede estar relacionada con diferencias en la práctica asistencial respecto de la vacunación antigripal, o puede relacionarse con una diferente utilización de los servicios de atención primaria en este grupo de edad. Si utilizamos como denominador la población mayor de 65 años que ha sido atendida en el centro durante el año, esta variabilidad se mantiene (datos no presentados). Esto sugiere una efectividad diferente en la vacunación de la gripe. En lo relativo a la cobertura vacunal infantil, diversos estudios de base poblacional reflejan que ésta es muy alta en la ciudad de Barcelona³⁸. Por ello, las diferencias observadas entre los EAP pueden deberse más a diferencias en los criterios de registro que a una vacunación incorrecta en los menores de 2 años. Aunque este trabajo no incluye el coste directo de los EAP, sino sólo los costes de farmacia como costes inducidos por la práctica asistencial, éstos representan un componente muy importante del coste total de la asistencia. La comparación de los costes de farmacia puede afectarse dependiendo de la utilización de recursos por parte de la población y de sus características. Así el EAP ICS3 presenta un gasto farmacéutico considerablemente mayor que su EAP OEP comparable. Este hecho afecta en gran medida la comparación global de ambas fórmulas de gestión, y está relacionado con la gran concentración de residencias geriátricas en esta zona (675 plazas), mientras que la media de las otras 5 zonas seleccionadas es de 45 por ABS.

En las otras 2 zonas (ABS grupos 1 y 2), el PVL/visita, que valora el servicio realmente utilizado, es relativamente homogéneo entre ambas fórmulas de gestión, siendo el coste por habitante adscrito lógicamente inferior en los centros con baja utilización de servicios y/o frecuentación. Estos resultados muestran la importancia de basar las comparaciones entre centros y proveedores en indicadores por habitante adscrito, habitante atendido, y visita, si se quiere tener una visión integral de la reali-

dad. Estudios previos de comparación de centros reformados y no reformados en zonas atendidas por el ICS ya mostraban importantes diferencias en indicadores por habitante adscrito o por habitante usuario, que pueden ocultar diferencias muy relevantes^{5,24,39}. Es evidente que las características de la población también pueden influir, y por ello el desarrollo de sistemas de clasificación de pacientes (*case mix*) es muy relevante pudiendo éste explicar hasta un 64% del gasto en los episodios atendidos^{39,40}. Sin embargo, al estratificar el análisis en 3 zonas de indicadores poblacionales similares, se controla en buena parte este factor.

Características y limitaciones del estudio

Hay factores relativos a la estructura organizativa de cada EAP, estilos de práctica clínica o de motivación de los profesionales que pueden hacer que el funcionamiento de los EAP sea heterogéneo dentro de una misma entidad proveedora. Por todo esto, estudios basados en un número pequeño de EAP tienen limitaciones. Estos EAP del ICS se han elegido siguiendo el criterio de su comparabilidad con los EAP OEP respecto de las variables confusoras, y no siguiendo criterios de representatividad respecto del conjunto de EAP del ICS. Por otra parte, el análisis de indicadores de forma individual no proporciona información sobre el desempeño global de la actividad de un EAP. La construcción de indicadores sintéticos que resuman la información relevante es una línea de avance, aunque, a diferencia de la atención hospitalaria, en la atención primaria no están excesivamente desarrollados⁴¹.

Los resultados del estudio muestran diferencias entre proveedores en la oferta de servicios (dotación de personal) posiblemente relacionada con una diferente autonomía de gestión de los EAP OEP. Asimismo, los datos empíricos analizados no permiten identificar diferencias relevantes en lo que respecta a patrones de utilización, práctica asistencial o costes inducidos entre los centros ICS y los gestionados por otras entidades proveedoras. Las variaciones observadas no permiten caracterizar diferencias atribuibles a la fórmula de gestión. En todo caso, algunas diferencias entre zonas parecen relacio-

narse principalmente con las características demográficas o sanitarias de la población, su frecuentación o a condicionantes externos no modificables.

Agradecimientos

A Joan Ramon Villalbí, por sus comentarios en el diseño del estudio y elaboración del manuscrito.

Bibliografía

1. Juncosa S, Bolíbar B, Roser M, Martínez C. Influencia de la unidad de análisis en los estudios de utilización de recursos en atención primaria. *Gac Sanit* 1999; 13: 53-61.
2. Borrás JM. La utilización de los servicios sanitarios. *Gac Sanit* 1994; 8: 30-49.
3. Borrell C, Fernández E. Desigualdades de utilización. Estado de la cuestión y estrategias de futuro. En: López-Casanovas G, Callau J, editores. XIX Jornadas de Economía de la Salud: necesidad sanitaria, demanda y utilización. Zaragoza: Asociación de Economía de la Salud, 1999; 171-184.
4. Marsal JR. La diversitat de fórmules de gestió en el marc de la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya. Fulls Econòmics del Sistema Sanitari 1998; 31: 21-24.
5. Sans-Alfonso C, Ribó-Santacreu J. Els patrons de comportament i l'assignació de preus en les decisions mèdiques. Equips d'atenció primària de Barcelona. *Salut Catalunya* 1994; 8: 41-45.
6. Manzanera R, Navarro A, Spagnolo E, Fernandez JM, Vicente R, Armengol R. Sistema sanitario público en Catalunya 1997. Algunas variaciones intraterritoriales. *Revista de Administración Sanitaria* 1999; 3: 451-469.
7. Gil M, Guarga A, Benaque A, Benet J, Escrivà JM et al. Variabilidad en la utilización de servicios y práctica clínica en la asistencia primaria de salud. *Gac Sanit* 1997; 11 (Supl 2): 21.
8. Ledesma-Castellort A. Reflexiones en torno a la autogestión dos años después de su puesta en marcha. *Aten Primaria* 1999; 23: 393-396.
9. García F, Marcuello C, Serrano G, Urbina O. Evaluación de la eficiencia en centros de atención primaria. Una aplicación del análisis envolvente de datos. *Rev Esp Salud Pública* 1996; 70: 211-220.
10. Martí LJ, Grenzner V. Modelos de atención primaria en Catalunya. Cuadernos de Gestión 1999; 5: 116-123.
11. Villalbí JR, Farrés J. La reforma de la atención primaria de salud: una valoración crítica. *Quadern CAPS* 1998; 27: 14-22.
12. Violan C. Nuevas formas de gestión en atención primaria. Nuevas propuestas de gestión, ¿por qué? *Aten Primaria* 1999; 24: 123-125.
13. Gil M, Pasarín M, Guarga A, Villalbí JR. Metodología para la priorización de la atención primaria en las zonas básicas de salud de la Región Sanitaria Barcelona Ciudad. *Gac Sanit* 1997; 11 (Supl 2): 34.
14. Departament d'Estadística. Ajuntament de Barcelona. Índex de capacitat económica familiar a la ciutat de Barcelona II. Barcelona: Publicacions de l'Ajuntament de Barcelona, 1999.
15. Borrell C, Pasarín MI, Plasència A. Mortalitat agregada a la ciutat de Barcelona, 1991-1995. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública, 1998.
16. Generalitat de Cataluña. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Programa marco de atención a domicilio (ATDOM). Cuadernos del Plan de Salud. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1994.
17. Luft HS. Health maintenance organizations. En: Mechanic D, editor. *Handbook of health, health care and the health professionals*. Nueva York: The Free Press, 1982; 18-51.
18. Hulkka B, Wheat JR. Patterns of utilization: the patient perspective. *Med Care* 1985; 23: 438-460.
19. Conrad M, Scrivener G. Fundholders' prescribing costs: the first five years. *BMJ* 1996; 313: 1531-1534.
20. Surender R, Bradlow J, Coulter A, Doll H, Brown S. Prospective study of trends in referral patterns in fundholding and non-fundholding practices in the Oxford region, 1990-4. *BMJ* 1995; 311: 1205-1208.
21. Ortún V, Gérvás J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 97-102.
22. Fernández J, Bolívar I, López J, Sanz E. El impacto de la reforma de la atención primaria en la utilización de servicios médicos y de enfermería. *Aten Primaria* 1996; 18: 52-57.
23. Rey E, Villalbí JR. Impacto potencial de la reforma de la atención primaria sobre la prescripción farmacéutica en España: la experiencia de Ciutat Badia. *Med Clin (Barc)* 1987; 89: 141-143.
24. Durán J, Jodar G, Pociello V, Parellada N, Martín A, Pradas J. Reforma de la atención primaria de salud: resultados económicos, asistenciales y de satisfacción. *Aten Primaria* 1999; 23: 474-478.
25. Gérvás JJ, Pérez M. La implantación de los centros de salud. *Gac Sanit* 1984; 18: 229-232.
26. Donabedian A. Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la atención médica. México: Fondo de Cultura Económica, 1988.
27. Wang TT, Soifer SJ. Determinants of physician utilization: a causal analysis. *J Health Soc Behaviour* 1974; 15: 100-108.
28. Hersey JC, Luft HS, Glanaris JM. Making sense of utilization data. *Med Care* 1975; 13: 838-854.
29. Bucquet D, Curtis S. Sociodemographic variation in perceived illness and the use of primary care: the value of community survey data for primary service planning. *Soc Sci Med* 1986; 23: 737-744.
30. Kleineman JC, Gold M, Makuc D. Use of ambulatory medical care by the poor: another look at equity. *Med Care* 1981; 19: 1011-1029.
31. Townsend P, Davidson N, directores. *Inequalities in health: the Black report*. Harmondsworth: Penguin, 1982.
32. Congdon P. Primary care needs assessment and resourcing: complementary practice and geographic perspectives. *Health & Place* 1999; 5: 59-82.
33. Ministerio de Sanidad y Consumo. Boletín de indicadores sanitarios. Resumen 1984. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984.
34. Alonso E, Manzanera R, Varela J, Picas JM. Estudios observacionales de la demanda en asistencia primaria. *Aten Primaria* 1987; 4: 148-154.
35. Buitrago F, Chávez L. Análisis de las interconsultas y pruebas complementarias solicitadas por un centro de salud en un período de tres años. *Aten Primaria* 1990; 7: 200-204.
36. Huelin J, Alcubierre C. Derivación inadecuada primaria/especializada: factores asociados a la misma. En: Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, editores. *Medicina basada en la evidencia: evaluación tecnológica y práctica clínica*. Madrid: AEETS, 1997.
37. Casajoana J. Los sistemas de información para mejorar la capacidad resolutiva. *Quaderns CAPS* 1998; 27: 57-60.
38. Villalbí JR, Grangés MD. Cobertura vacunal a los dos años de edad: un estudio transversal en la ciudad de Barcelona. *An Esp Pediatr* 1990; 32: 321-324.
39. Juncosa S, Bolíbar B, Roset M, Tomás R. Performance of an ambulatory casemix measurement system in primary care in Spain. *Eur J Public Health* 1999; 9: 27-35.
40. Salem-Schatz S, Moore G, Rucker M, Pearson SD. The case for case-mix adjustment in practice profiling. When good apples look bad. *JAMA* 1994; 272: 871-874.
41. Urbina O, Marcuello C, Serrabi G, García F. ¿Son adecuados los indicadores que se utilizan en atención primaria para medir la eficiencia? *Aten Primaria* 1997; 20: 191-194.