



# Atención Primaria

[www.elsevier.es/ap](http://www.elsevier.es/ap)



ORIGINAL

## ¿Gestión pública, privada o por el tercer sector? Diferencias en los resultados en atención primaria de Cataluña

Xavier Ballart\* y Carolina Galais

Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

### PALABRAS CLAVE

Atención primaria;  
Resultados;  
Comparación;  
Gestión;  
Pública;  
Privada;  
Tercer sector

### Resumen

**Objetivo:** Comparar los resultados de los equipos de atención primaria en Cataluña en función de su modelo de gestión y evaluar el impacto de un modelo de gestión conocido como gestión por entidades de base asociativa (EBA).

**Diseño:** Llevamos a cabo un análisis comparado multidimensional siguiendo una lógica cuasi-experimental a partir de comparar los centros gestionados a través del modelo EBA con otros centros gestionados por el sector público a través del Instituto Catalán de la Salud (ICS) o por el tercer sector a través de consorcios hospitalarios.

**Localización:** Barcelona, Cataluña, España.

**Participantes:** Tenemos en cuenta 368 observaciones (centros de atención primaria) y 18 parámetros medidos en 2015.

**Intervenciones:** Distintos métodos de gestión.

**Mediciones principales:** Comparación de indicadores de actividad, efectividad en el proceso asistencial y eficiencia antes y después de controlar por el indicador socioeconómico del área básica de salud y las características de la región sanitaria. Test de diferencias significativas en las medias de los indicadores según modelo de gestión una vez realizado el emparejamiento conforme a variables clave mediante la técnica *Propensity Score Matching*.

**Resultados:** Diferencias significativas en el indicador de carga de trabajo por profesional médico de familia, en cinco indicadores de efectividad en el proceso asistencial y en el coste por usuario.

**Conclusiones:** La diversificación del modelo de gestión a través del modelo EBA muestra resultados que se pueden interpretar a favor del mantenimiento o de la ampliación de la aplicación de este modelo de gestión. Si bien los centros gestionados a través del modelo EBA se han implantado en áreas de nivel socioeconómico medio o alto, sus resultados continúan siendo significativamente positivos una vez se controla por el nivel socioeconómico de su área.

© 2018 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [Xavier.Ballart@uab.cat](mailto:Xavier.Ballart@uab.cat) (X. Ballart).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.08.006>

0212-6567/© 2018 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: Ballart X, Galais C. ¿Gestión pública, privada o por el tercer sector? Diferencias en los resultados en atención primaria de Cataluña. *Aten Primaria*. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.08.006>

## KEYWORDS

Primary health;  
Performance;  
Comparison;  
Management;  
Public;  
Private;  
Third sector

## Public, private or third sector management? Differences in the results in Primary Care in Catalonia

### Abstract

*Goal:* Compare the performance of primary health centers managed by the public sector (ICS), the third sector (Hospitals) or by small private organizations known as EBAs.

*Design:* Multidimensional comparative analysis. We follow a quasi-experimental logic comparing primary health centers managed by EBAs with other centers managed by the public sector (ICS) or by the third sector (hospitals).

*Localization:* Barcelona, Catalonia, Spain.

*Participants:* We have 368 observations (primary health centers) and 18 indicators measured in 2015.

*Intervention:* Different management models (public, third sector, private).

*Main measures:* We compare activity measures, measures of effectiveness in the process of medical assistance, and efficiency. We compare before and after controlling for the socio-economic level corresponding to the basic health area and the characteristics of the population and health region. We conduct a test of significant differences between the indicators corresponding to centers managed differently, after a process of matching using key variables and *Propensity Score Matching*.

*Results:* Significant differences in the measure of work load for family doctors, in five measures of effectiveness in the process of assistance and in the cost per user.

*Conclusions:* The diversity in the management model through EBAs shows results that can be interpreted in favor of the maintenance or the expansion of this model of management. The majority of EBAs have been implanted in areas of a medium or high level, but their results are still significantly positive once the socio economic level of the area is controlled.

© 2018 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

Una parte de las reformas en la gestión pública durante los años ochenta y noventa del siglo pasado en los países europeos perseguía romper las grandes estructuras administrativo-burocráticas separando las funciones de financiación y de prestación de servicios<sup>1,2</sup>. La idea era crear un «mercado interno» en el que pequeñas unidades proveedoras de un mismo servicio compitieran entre sí a través de contratos públicos mientras una agencia controlaba su fiscalidad y una autoridad velaba por la integración del sistema<sup>3</sup>. Aunque la fórmula persigue ganar en eficiencia e innovación<sup>4</sup>, no está exenta de riesgos. Un gran número de proveedores unido a una excesiva frecuencia en los concursos puede generar problemas de coordinación y de falta de estabilidad en el sistema para generar el conocimiento necesario para resolver inconvenientes<sup>3</sup>.

Siguiendo esta lógica, y desde 1995, la legislación catalana permite que los profesionales médicos puedan pasar a ser los propietarios de la empresa que gestiona un centro de salud, convirtiéndose en proveedores de atención primaria (AP) dentro de la red pública. El uno de octubre de 1996, un nuevo centro de atención primaria (CAP) en la ciudad de Vic iniciaba su andadura bajo esta nueva fórmula. En los más de 20 años que han pasado desde entonces, 13 centros de la red catalana de AP han pasado a ser gestionados bajo la fórmula de lo que la ley catalana llamó «entidades de base asociativa» (EBA), que son organizaciones privadas, con ánimo de lucro y posibilidad de distribuir beneficios entre

sus socios y personal, para la gestión de centros que forman parte de la red pública de AP<sup>5 1</sup>.

La forma legal de las entidades puede ser una sociedad limitada, una sociedad anónima, una sociedad laboral o una cooperativa. El 51% de la propiedad debe estar en manos de los profesionales de la salud y un único individuo no puede tener más del 25% de la propiedad de la entidad. En el caso de la comunidad autónoma catalana, se ha invitado a profesionales experimentados provenientes del *Institut Català de la Salut* (ICS) a solicitar una excedencia y crear una de estas sociedades con el objeto de competir por el concurso de la gestión de un CAP. La hipótesis implícita es que la implicación jurídica y económica de los profesionales en la provisión de servicios mejorará su motivación y satisfacción personal, lo que a su vez supondrá una mejora en la efectividad y eficiencia del proceso asistencial, así como en la satisfacción final de los usuarios. Se entiende, asimismo,

<sup>1</sup> Con este modelo no se produce una privatización del servicio sanitario en su totalidad sino únicamente de la gestión del centro que, sin embargo, opera con dinero público, atiende a usuarios de la sanidad pública y ofrece el mismo catálogo de servicios que los demás centros de la red pública. Para el ciudadano se trata de un centro más del Servicio Catalán de la Salud, y como tal quedan identificadas sus instalaciones. A diferencia de otros países de Latinoamérica o Asia, la razón de esta política no es tanto integrar bajo el control público servicios privados como dar mayor autonomía de gestión a servicios que históricamente se han distribuido a través de una única organización pública.

que los profesionales a los que se invita a crear nuevos centros tipo EBA —los cuales pueden, a su vez, promocionar a nuevos profesionales como socios— tienen los conocimientos y la experiencia necesarios para seleccionar a los profesionales con los que formarán sus equipos y para gestionar el presupuesto, los recursos humanos o la compra de materiales con mayor autonomía que en el entorno del ICS.

¿Es esta una buena fórmula? ¿Debería el gobierno catalán seguir con esta política? ¿Harían bien las demás comunidades autónomas en adoptar este modelo en el ámbito de la AP?

El objetivo de este artículo es comparar los resultados de la gestión por EBA con los demás modelos existentes: la gestión pública por parte del ICS y la gestión a través de consorcios hospitalarios, que pueden ser considerados como organizaciones del tercer sector en la medida que son gestionados en base al derecho privado, por ejemplo en lo que respecta a la contratación de personal, pero a diferencia de las empresas privadas —como las EBA—, no persiguen el beneficio económico.

La cuestión que se plantea es relevante, puesto que aunque la separación de las funciones de financiación y prestación es aceptada políticamente, en el ámbito de la sanidad existe una importante contestación social a lo que se percibe como privatización y a la posibilidad de que los gestores de centros privados financiados con dinero público puedan perseguir el beneficio económico.

## Material y métodos

En 2015, el número total de CAP en Cataluña era de 368. De entre estos, 284 eran gestionados directamente por el ICS. Un número mucho menor de centros eran gestionados por consorcios hospitalarios creados en torno a hospitales preexistentes (71) y que en este estudio se identifican como pertenecientes al tercer sector, puesto que no son públicos como el ICS ni privados como las EBA. El resto de CAP (13) eran gestionados a través del modelo EBA. El ámbito de actuación de los CAP coincide, aunque no exactamente, con las llamadas áreas básicas de salud.

Siguiendo una lógica cuasi-experimental, en este artículo se comparan un total de 18 indicadores de resultados que hemos clasificado en tres grandes categorías: actividad, efectividad y eficiencia. A diferencia de análisis previos<sup>6,7</sup> que contaban con un menor número de indicadores y tenían dificultades para controlar la presión asistencial sobre los centros, este trabajo tiene en cuenta el nivel socioeconómico de los mismos.

Se han utilizado los indicadores publicados por el Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña sobre la totalidad de los CAP para el año 2015<sup>8</sup>. Se han descartado los que aportan menos valor a la comparación por expresarse en términos absolutos, prefiriendo indicadores relativos. En otros casos se ha optado por el indicador resumen en lugar de utilizar indicadores parciales sobre distintos aspectos. Los indicadores de actividad-frecuentación son 4, los de efectividad en el proceso asistencial son 11, y los de eficiencia-costes son 3. La **tabla 1** especifica los indicadores para cada dimensión.

La comparación entre CAP gestionados por el ICS, por entidades del tercer sector o por EBA se ha hecho primero de forma general y después tomando en consideración tres variables de control: el índice socioeconómico creado por la

**Tabla 1** Dimensiones e indicadores de calidad considerados en este estudio

### Actividad-frecuentación-uso

- Población asignada atendida (%)
- Media de visitas por paciente asignado atendido
- % visitas población no asignada sobre total visitas
- Número de visitas por profesional (médicos de familia y día, en %)

### Efectividad-Proceso asistencial

- Incapacidad laboral media
- Tasa de urgencias
- Hospitalizaciones evitables por 1.000 habitantes
- Puntuación total del índice de calidad de la prescripción farmacéutica (ICF)
- Población atendida por el programa de atención en domicilio (ATDOM) en %
- Cobertura vacunal de la población infantil (%)
- Cobertura vacunal antigripal de la población de 60 años o más (%)
- Prevalencia atendida de diabetes melitus (DM) 2 (%)
- Control glucémico aceptable (%)
- Tasa de hospitalización por complicaciones DM
- Control de la presión arterial aceptable (%)

### Eficiencia-Costes

- Recetas por usuario
- Coste por usuario
- Tasa de usuarios polimedcados (superior a 18 medicamentos)

*Agència de Qualitat i Avaluació Sanitària de Catalunya*<sup>9</sup>, la superficie y la población de la región sanitaria. Observaremos, en primer lugar, las diferencias respecto a los distintos indicadores de actividad, eficacia y eficiencia de los centros EBA y del resto de centros gestionados por otros modelos. A continuación introduciremos los tres controles mencionados, con la finalidad de observar si las diferencias detectadas anteriormente persisten.

Concretamente se ha procedido a un emparejamiento (*matching*) entre centros ubicados en regiones sanitarias con un mismo nivel socioeconómico y tamaño (en superficie y población) pero con distinto modelo de gestión. El procedimiento por el que se ha realizado (*propensity score matching* [PSM]) ha sido traducido al castellano como emparejamiento con base en el índice de propensión a participar. El método PSM consiste en crear un grupo de control para comparar la calidad de los centros EBA que sea lo más similar posible al grupo de tratamiento en base a una serie de características<sup>10</sup>. El índice de propensión es la probabilidad condicionada que tiene cada CAP de pertenecer al grupo de tratamiento (gestión tipo EBA) dado su nivel socioeconómico y región sanitaria. Utilizamos un modelo de regresión logística para predecir la probabilidad de que un centro tenga el modelo de gestión EBA usando el estatus socioeconómico del centro y las características de la región sanitaria como predictores. En caso de empate con más de un centro, se usan todos los centros con el mismo índice de propensión a participar para el cálculo de las diferencias en los indicadores de calidad.

Posteriormente se ha realizado una comparación de medias mediante una prueba t determinando si las diferencias halladas son significativas. En caso positivo, la diferencia debe atribuirse al modelo de gestión, y en ningún caso al nivel socioeconómico del centro o a los rasgos de la región sanitaria, puesto que un gran grupo de control (casi 360 observaciones en nuestro caso) garantiza la identificación del efecto del tratamiento (modelo de gestión) aun si la asignación de los centros a tal modelo no fue totalmente aleatoria<sup>10</sup>. Así, el resultado del análisis nos da el efecto medio del tratamiento (ATE por sus siglas en inglés) teniendo en cuenta las posibles variables intervinientes.

La principal variable de control, el índice socioeconómico del centro, se calculó a partir de seis características de cada área básica de salud<sup>2</sup>. Ninguna de estas variables está en teoría asociada al sistema de gestión de un CAP, por lo que constituye una variable de control óptima. Se interpreta como un índice de privación: cuanto más elevados sean sus valores, más bajo es el nivel socioeconómico.

## Resultados

La **tabla 2** presenta las principales características de los 13 centros EBA analizados. Observamos una concentración de este tipo de modelo en Barcelona: 8 de las 13 entidades se encuentran en esta ciudad. En cuanto al estatus social, todos los centros con este modelo de gestión son de nivel medio o alto. Dos de ellos, ubicados en el distrito de Sarrià-Sant Gervasi, presentan el estatus más elevado posible (0). Cierran la clasificación socioeconómica Vic 2 Sud (50,32) y Les Hortes-Poble Sec, en el distrito de Sants-Montjuïc (50,72). Existe, por tanto, una cierta variación respecto al estatus de los 13 EBA, aunque todos ellos (salvo Centelles, Vic 2 Sud y Les Hortes-Poble Sec) se encuentran en la parte alta de la tabla. El hecho de que en tres ocasiones dos centros dentro del mismo sector sanitario puntúen con el mismo valor sugiere la conveniencia de tener en cuenta el territorio como variable de control a la hora de evaluar su desempeño.

La **tabla 3** presenta los valores medios de los 18 indicadores seleccionados para cada una de las tres categorías de centros según tipo de gestión. Se observan diferencias significativas en diez indicadores. El porcentaje de población asignada atendida es significativamente más bajo en los centros gestionados por EBA. También es más baja la media de visitas por paciente en estos centros que en los que siguen el modelo general ICS, pero aún presentan un valor más bajo los centros gestionados por consorcios hospitalarios. El porcentaje de visitas de población no asignada sobre el total de visitas es más del doble en los centros EBA que en los centros que dependen de hospitales, y el triple que en el modelo general.

Respecto a los indicadores de efectividad del proceso asistencial, tanto los centros que dependen de hospitales

como los del modelo general tienen un valor muy similar en cuanto a la incapacidad laboral media, en torno a 36 días. Los centros EBA, sin embargo, no llegan al mes de baja. También la tasa de urgencias y las hospitalizaciones evitables son significativamente inferiores en los centros EBA. La calidad farmacéutica es doce puntos más elevada entre los centros EBA que en los centros del modelo general y casi 26 puntos más elevada que la de los centros regidos por consorcios hospitalarios. Igualmente, la proporción de población atendida domiciliariamente es muy superior entre los centros cuyo modelo de gestión es mixto que entre el resto de centros. Sin embargo, la cobertura vacunal de la población infantil es menor en estos centros que en los del modelo general o asociado a un hospital. Finalmente, la prevalencia atendida de diabetes mellitus tipo 2 es inferior entre los centros EBA que entre el resto de centros. No observamos diferencias significativas respecto a los indicadores relativos a los costes y eficiencia del proceso.

El siguiente paso es incluir las variables de control mediante el proceso de emparejamiento. Para ello, hemos simplificado la clasificación de centros mediante una única variable dicotómica que recoge si la gestión es tipo EBA o no. Los resultados se recogen en la **tabla 4**.

El número de indicadores para los que encontramos diferencias significativas se reduce a siete, pero aparecen algunas diferencias en indicadores nuevos. Así, el número de visitas por médico de familia y día es ahora significativo e inferior en los centros EBA teniendo en cuenta el estatus socioeconómico de los centros y las características de su región sanitaria. Desaparecen el resto de las diferencias anteriormente observadas en esta dimensión de la calidad, por lo que podemos concluir que los centros EBA solo son mejores en su actividad por lo que respecta a una menor sobrecarga de los médicos de familia.

En cuanto a la incapacidad laboral media y la tasa de urgencias, los centros EBA obtienen sistemáticamente valores más bajos. El índice de calidad farmacéutico sigue siendo más elevado entre los EBA, lo mismo que el porcentaje de población atendida a domicilio. La prevalencia de diabetes sigue siendo más baja entre centros EBA que en el resto. Vemos que tener en cuenta el estatus del centro y su región sanitaria ha hecho desaparecer las diferencias en la cobertura vacunal de la población infantil. Tampoco son ya significativas las diferencias respecto a la tasa de hospitalizaciones evitables. Curiosamente, un nuevo indicador presenta ahora diferencias significativas: el coste por usuario. Los centros EBA gastan casi 33 euros menos por paciente que el resto de CAP, una vez tenemos en cuenta el estatus y la región sanitaria del centro.

## Discusión

Los centros EBA son, en su mayoría, un fenómeno urbano ubicado en áreas de salud con nivel socioeconómico medio o alto. A priori existen algunas diferencias notables entre la gestión por EBA o por grandes organizaciones públicas o del tercer sector (consorcios hospitalarios). La impresión inicial es que los centros EBA gestionan mejor su carga de trabajo, obtienen mejores resultados de proceso asistencial y no presentan diferencias significativas en eficiencia del servicio excepto si se interpreta el menor número de días de baja

<sup>2</sup> Las áreas se corresponden con los 368 centros. El índice fue creado por un grupo de expertos con el objetivo de reforzar la equidad territorial (9). Tiene en cuenta: el porcentaje de exentos del copago farmacéutico, el tamaño poblacional, el porcentaje de ciudadanos con ocupaciones manuales, el porcentaje con estudios inferior a secundarios, la tasa de mortalidad prematura y la tasa de hospitalizaciones evitables por patologías asociadas a privación.

**Tabla 2** Principales características de los 13 centros EBA

Nombre del centro	Región Sanitaria	Sector Sanitario	Estatus socioeconómico <sup>a</sup>
Alt Camp Oest	Camp de Tarragona	Alt Camp-Conca de Barberà	43,68
Tarragona 8 Muralles	Camp de Tarragona	Tarragonès-Baix Camp	32,4
Peralada	Girona	Girona Nord	39,42
Vic 2 Sud	Catalunya Central	Osona	50,32
Centelles	Catalunya Central	Osona	48
Barcelona 2 G Dreta Eixample	Barcelona	Barcelona Eixample	14,91
Barcelona 2 J Monumental	Barcelona	Barcelona Eixample	14,91
Barcelona 5 E Sant Gervasi	Barcelona	Barcelona Gràcia	7,52
Barcelona 6 D Vallcarca	Barcelona	Barcelona Gràcia	7,52
Barcelona 7 B Sardanya	Barcelona	Barcelona Horta-Guinardó	29,86
Barcelona 3 A Les Hortes-Poble Sec	Barcelona	Barcelona Sants-Montjuïc	50,72
Barcelona 5 C Sarrià	Barcelona	Barcelona Sarrià-Sant Gervasi	0
Barcelona 5 D Vallvidrera-Les Planes	Barcelona	Barcelona Sarrià-Sant Gervasi	0

<sup>a</sup> Índice que va de 0 a 100. Valores más altos indican un nivel socioeconómico más bajo. Ver Observatori del Sistema de Salut de Catalunya<sup>9</sup>.

**Tabla 3** Comparación de los valores medios de los principales indicadores de calidad por tipo de centro

	ICS	Hospitales	EBA	F	Prob > F
<i>Actividad-frecuentación-uso</i>					
Población asignada atendida (%) <sup>*</sup>	75,4 (-5,48)	73,11 (-8)	67,05 (-14,41)	12,72	0,000
Media de visitas por paciente asignado atendido <sup>*</sup>	8,3 (-1,38)	7,47 (-1,62)	7,7 (-2)	9,75	0,000
% visitas población no asignada sobre total visitas <sup>*</sup>	6,22 (-2,76)	9,4 (-6,9)	18,32 (-16,57)	46,15	0,000
Número de visitas por profesional (médicos de familia y día, %)	25,43 (-7,85)	25,32 (-8,08)	23,37 (-2,71)	0,3	0,737
<i>Efectividad-proceso asistencial</i>					
Incapacidad laboral media <sup>*</sup>	36,16 (-8,82)	36,68 (-7,93)	29,9 (-6,06)	3,56	0,03
Tasa de urgencias <sup>*</sup>	579,95 (-224,02)	549,01 (-197,61)	406,54 (-143,21)	4,3	0,014
Hospitalizaciones evitables por 1.000 h <sup>*</sup>	11,12 (-3,14)	9,68 (-2,74)	8,7 (-2,69)	9,4	0,000
Puntuación índice calidad farmacéutica total (ICF) <sup>*</sup>	65,77 (-19,48)	52,8 (-22,76)	77,08 (-11,34)	15,05	0,000
Población atendida por el programa de atención a domicilio ATDOM (%) <sup>*</sup>	9,9 (-3)	12,14 (-8,04)	17,41 (-7,12)	21,71	0,000
Cobertura vacunal de la población infantil (%) <sup>*</sup>	91,83 (-9,52)	88,44 (-6,02)	86,28 (-16,18)	3,38	0,035
Cobertura vacunal antigripal de la población de 60 años o más (%)	48,46 (-9,06)	50,28 (-11,29)	51,32 (-15,14)	1,33	0,265
Prevalencia atendida de diabetes mellitus tipo 2 (%) <sup>*</sup>	10,96 (-1,5)	8,61 (-2,23)	9,3 (-1,06)	60,6	0,000
Control glucémico aceptable (%)	112,22 (-734,24)	70,32 (-10,82)	70,04 (-9,23)	0,11	0,899
Tasa de hospitalización por complicaciones de la diabetes mellitus	37,41 (-497,2)	7,93 (-7,16)	7,59 (-4,86)	0,15	0,863
Control de la presión arterial aceptable (%)	103,21 (-429,26)	78,02 (-7,34)	76,34 (-9,24)	0,13	0,874
<i>Eficiencia-costes</i>					
Recetas por usuario	55,49 (-496,73)	25,08 (-2,68)	25,5 (-2,89)	0,16	0,856
Coste por usuario	278,9 (-33,6)	274,45 (-33,52)	275,8 (-45,43)	0,51	0,601
Tasa usuarios polimedicados (≥ 18)	24,44 (-23,37)	27,83 (-24,03)	15,43 (-13,16)	1,69	0,186
Observaciones	284	71	13		

\* Indicadores para los que se hallaron diferencias significativas entre EBA y resto de modelos de gestión

**Tabla 4** Efectos del tipo de centro, controlando por el estatus socioeconómico, la población y la superficie de la región sanitaria. *Propensity Score Matching*

	n	b (diferencia EBA menos resto)	Error estándar	z	p
<i>Actividad-frecuentación-uso</i>					
Población asignada atendida (%)	368	0,34	2,42	0,14	0,89
Media de visitas por paciente asignado atendido	368	-0,11	0,34	-0,34	0,74
% visitas población no asignada sobre total de visitas	368	1,07	1,03	1,04	0,30
Número de visitas por profesional (médicos de familia y día, %)*	358	-1,70	0,73	-2,34	0,02
<i>Efectividad-proceso asistencial</i>					
Incapacidad laboral media*	368	-7,08	0,61	-11,58	0,00
Tasa de urgencias*	366	-52,10	25,77	-2,02	0,04
Hospitalizaciones evitables por 1.000 habitantes	368	-0,65	1,03	-0,63	0,53
Puntuación índice calidad farmacéutica total (ICF)	368	14,53	6,49	2,24	0,03
Población atendida por el programa de atención en domicilio ATDOM (%)*	367	3,73	2,30	1,62	0,10
Cobertura vacunal de la población infantil (%)	295	-10,79	16,16	-0,67	0,50
Cobertura vacunal antigripal de la población de 60 años o más (%)	338	1,40	1,77	0,79	0,43
Prevalencia atendida de diabetes mellitus tipo 2 (%)*	367	-0,92	0,43	-2,13	0,03
Control glucémico aceptable (%)	349	-36,93	35,43	-1,04	0,30
Tasa de hospitalización por complicaciones de la diabetes mellitus	368	-23,87	22,74	-1,05	0,29
Control de la presión arterial aceptable (%)	353	-21,08	20,19	-1,04	0,30
<i>Eficiencia-costes</i>					
Recetas por usuario	368	-24,74	22,74	-1,09	0,28
Coste por usuario*	367	-32,81	15,05	-2,18	0,03
Tasa usuarios polimedicados ( $\geq 18$ )	368	-1,94	3,70	-0,52	0,60

\* Indicadores para los que se hallaron diferencias significativas entre EBA y resto de modelos de gestión tras el emparejamiento con CAP similares.

por enfermedad como un resultado con un impacto positivo para el sistema económico. Al comparar centros aparejados en base a sus características socioeconómicas, de población y territoriales, las principales diferencias significativas entre modelos de gestión se observan en relación con la carga de trabajo y con la menor presión de los médicos de familia que trabajan en centros EBA. Este es sin duda un aspecto positivo y seguramente relevante dadas las actuales condiciones de trabajo en la sanidad pública catalana y española. Igualmente, se encuentran resultados favorables a los centros EBA en cinco indicadores relativos a la efectividad del proceso asistencial y en un indicador muy significativo de eficiencia como es el gasto por usuario.

En síntesis, la efectividad y la eficiencia de los centros EBA justificarían su mantenimiento como modelo de gestión alternativo. A la vista de los resultados, estaría probablemente justificada una expansión de este modelo, dado que el número de centros que utilizan esta fórmula (13) es todavía muy bajo si se compara con el número de centros gestionados directamente por el ICS o por consorcios hospitalarios (345). Este modelo de gestión supone la privatización de la organización de la provisión en un entorno de elevada regulación de la actividad y de un elevado nivel

de control de resultados por parte de la administración pública.

En la medida que la administración vaya afinando el control de la actividad, de la efectividad y de la eficiencia, los resultados deberían mejorar tanto desde la perspectiva de la carga de trabajo para los profesionales como de la calidad de la atención y del coste para el gobierno y la sociedad. La transparencia en los resultados y la difusión de análisis comparativos como el que aquí se ha desarrollado pueden asimismo contribuir a cambiar las percepciones sociales y políticas sobre la provisión de servicios públicos a través de distintas fórmulas de gestión. La privatización de la gestión implica por definición la existencia de un margen de beneficio; otra cuestión es si se debe limitar por ley el porcentaje de estos beneficios sobre la subvención recibida.

Los resultados de esta investigación están condicionados por los indicadores disponibles y por la selección que se ha hecho de estos indicadores para el análisis. En la medida en que los indicadores cambian constantemente sería necesario repetir el mismo análisis con datos de distintos años. El análisis no incluye datos sobre la satisfacción de los usuarios con el tratamiento recibido. Futuras investigaciones podrían

comprobar si dicha satisfacción coincide con las medidas objetivas por parte de la administración y guarda la misma relación con la gestión tipo EBA.

### Lo conocido sobre el tema

- Las reformas en la gestión pública llevadas a cabo en diversos países europeos en décadas pasadas separaban las funciones de financiación y prestación de servicios.
- Se suponía que estas reformas fomentaban la competición entre las unidades proveedoras de servicios y que esto tendría impactos positivos sobre su efectividad y su eficiencia.
- En Cataluña existen 13 centros de atención primaria que responden a esta lógica, denominados «entidades de base asociativa» (EBA).

### Qué aporta este estudio

- Evaluación de la gestión privada por Entidades de Base Asociativa comparada con la gestión pública por parte del Servei Català de la Salut (SCS) y con la gestión por entidades del tercer sector creadas en torno a algunos hospitales.
- A diferencia de análisis previos, el presente trabajo considera un gran número de indicadores (18) y controla por una serie de variables que también pueden influir en los resultados de los centros de atención primaria.
- El método elegido es un test de diferencias significativas tras un emparejamiento conforme a variables clave mediante la técnica *Propensity Score Matching*.
- Los resultados son favorables a las EBA en un indicador de carga de trabajo de los médicos de familia, en cinco indicadores relativos a la efectividad del proceso asistencial y en un indicador muy significativo de eficiencia: el gasto por usuario.
- En síntesis, la efectividad y la eficiencia de las EBA justificarían su mantenimiento como modelo de gestión alternativo o incluso la aplicación de este modelo a otros centros.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Boyne GA. Sources of public service improvement: A critical review and research agenda. *JPART*. 2003;13:367–94.
2. De Vries M, Nemec J. Public sector reform: An overview of recent literature and research on NPM and alternative paths. *IJPSM*. 2013;26:4–16.
3. Milward HB, Provan KG. Governing the hollow state. *JPART*. 2000;10:359–79.
4. Donahue JD. *The Privatization Decision. Publics Ends Private Means*. New York: Basic Books; 1991.
5. Ledesma A, Iruela López A. Las entidades de base asociativa (EBA): una alternativa a la gestión pública en la provisión de servicios de salud [consultado 12 Jul 2018]. Disponible en: <https://www.sedisasigloxxi.es/spip.php?article402>.
6. Urbina O, Marcuello C, Serrano GD, Garcia FJ. ¿Son adecuados los indicadores que se utilizan en atención primaria para medir la eficiencia? *Aten Primaria*. 1997;20:191–4.
7. Guarga A, Gil M, Pasarín M, Manzanera R, Armengol R, Sintés J. Comparación de equipos de atención primaria de Barcelona según fórmulas de gestión. *Aten Primaria*. 2000;26:600–6.
8. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya: Central de Resultats [consultado 12 Jul 2018]. Disponible en: <http://observatorisalut.gencat.cat/ca/central.de.resultats/>.
9. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya: Nou indicador socioeconòmic per al finançament de les ABS [consultado 12 Jul 2018]. Disponible en: [http://observatorisalut.gencat.cat/ca/observatori-sobre-els-efectes-de-crisi-en-salut/indicador\\_socioeconomic.2015/](http://observatorisalut.gencat.cat/ca/observatori-sobre-els-efectes-de-crisi-en-salut/indicador_socioeconomic.2015/).
10. Khandker KS, Khandker SR, Koolwal GB, Samad HA. *Handbook on Impact Evaluation, Quantitative Methods, and Practices*. Washington, DC: The World Bank; 2010. p. 2010.