

Culminar la reforma de la atención primaria de salud: gestión del cambio en Barcelona, 1998-2003

J.R. Villalbí^a y J. Farrés^b, por el Órgano Técnico del Consorci Sanitari de Barcelona para el Seguimiento de la Reforma de Atención Primaria de Salud en Barcelona*

El modelo de reforma de la atención primaria de salud (RAP) en España se construyó a mediados de los años ochenta, tras la transición democrática, y permitió mejorar los servicios de atención primaria de salud de financiación pública ofrecidos a la población a partir de los inadecuados servicios masificados del Instituto Nacional de Previsión heredados de la dictadura^{1,2}. Disponer de un nivel de atención primaria que actúe como puerta de entrada y elemento nuclear para el conjunto del sistema es una garantía para la viabilidad del Sistema Nacional de Salud. Los modelos de cobertura universal y gratuidad en el punto de prestación de servicios no son viables sin una atención primaria con capacidad resolutoria, que module la utilización: los servicios basados en la atención especializada de segundo nivel tienen un coste mayor sin ganar efectividad ni mejores resultados de salud³. El modelo, que seguía esquemas distintos aunque notablemente similares en el territorio Insalud y en Cataluña (la única autonomía con transferencias en aquel momento), permitió plantear un esquema de reforma gradual e incrementalista, que a las puertas del siglo XXI cubría el grueso del territorio, aunque con variaciones entre comunidades autónomas^{4,5}.

El desarrollo de la RAP tropieza con obstáculos importantes en las grandes ciudades, que suelen quedar retrasadas en este proceso. Sus causas radican en: la concentración de profesionales reclutados por el sistema antes de iniciarse la reforma, poco proclives al cambio y que tienen

derecho a mantener el modelo de su relación contractual; la falta de suelo público o locales apropiados en nuestras densas ciudades, especialmente en el centro, y la menor prioridad política adjudicada a la reforma en zonas con menor utilización de servicios públicos⁶. En contrapartida, este retraso plantea serios problemas para la sostenibilidad del sistema de atención primaria de financiación pública; en efecto, al quedar el grueso de las clases medias urbanas fuera de la oferta de servicios reformados, tienden a buscar formas alternativas de provisión de servicios sanitarios, lo que debilita su adhesión al modelo y a su financiación mediante impuestos⁷. Esto tiene consecuencias negativas para el modelo, al ser visto más como un sistema pobre para pobres que como un sistema público que beneficia a todos. Por ello, culminar la RAP en las zonas urbanas es una prioridad para la consolidación de un modelo de atención primaria de salud universal en la estela de los principios definidos en la Conferencia de Alma Ata de 1977.

En este artículo se describen la estrategia seguida para culminar el proceso de RAP en la ciudad de Barcelona, las políticas que permitieron acelerar este proceso al amparo de un organismo propio de la ciudad que asumió el impulso estratégico de la RAP y los resultados alcanzados, así como los retos pendientes actualmente.

La RAP se inició formalmente en 1985, aunque ya antes el Institut Català de la Salut (ICS), que recibió las transferencias del Insalud en Cataluña, había creado 4 centros piloto de atención primaria cuya experiencia contribuyó a definir el nuevo modelo, en el que se integraron posteriormente⁸. Uno de estos centros (el centro Canteras, abierto en 1984) estaba precisamente en el barrio de Roquetes de la ciudad de Barcelona, por lo que la reforma se inició tempranamente en la ciudad. Además, la definición de los límites territoriales de las áreas básicas de salud (ABS) se acordó de manera consensuada entre Ayuntamiento y Generalitat en 1984, como parte del despliegue del mapa sanitario. La delimitación territorial en áreas básicas tiene dificultades peculiares en las grandes ciudades. Por un lado, por el dinamismo que imprime el cambio urbanístico. Por otro, por la movilidad de la población entre zonas para las actividades de trabajo, ocio, servicios y residencia, que condicionan su definición de un modo distinto de los entornos rurales. Esto puede exigir alguna adaptación de la base poblacional como ámbito de actuación para las activi-

^aAgència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona. España.

^bConsorci Sanitari de Barcelona. Barcelona. España.

Correspondencia: Joan R. Villalbí.
Agència de Salut Pública de Barcelona.
Pza. Lesseps, 1. 08023 Barcelona. España.
Correo electrónico: jrvillal@aspb.es

Manuscrito recibido el 19 de abril de 2004.
Manuscrito aceptado para su publicación el 29 de junio de 2004.

*En diciembre de 2003 participan los miembros que se relacionan. Por la Agència de Salut Pública de Barcelona: Joan R. Villalbí; por el Consorci Sanitari de Barcelona: Jaume Estany, Josep Farrés y Vicenç Perelló; por el Institut Català de la Salut: Josep Costa y Joan Gené; por el PAMEM-Ajuntament de Barcelona: Lluís Mir; por el Servei Català de la Salut: Conxa Violán y Jorge Batesteza. En fases anteriores participaron Lluís Bachs (Institut Català de la Salut hasta 1999), Manel Santaló (director de Atención Primaria del Institut Català de la Salut hasta 1999), Jordi Varela (adjunto a la Gerencia del Consorci Sanitari de Barcelona hasta 2001) y Roser Vicente (coordinadora de la Corporació Sanitària de Barcelona del CSB hasta 2001).

dades comunitarias, y en la definición de denominadores para la evaluación de resultados.

La RAP se estancó en los años sucesivos en Barcelona y tuvo un desarrollo muy lento hasta fases muy posteriores. Al constatar este problema, se acordó priorizar las zonas cuya población tenía indicadores sociales y de salud más precarios, lo que llevó a vencer obstáculos en estas zonas y a utilizar la RAP como un instrumento de mejora de la equidad en salud (esto ha sido objeto de anteriores trabajos⁶). Culminada esta fase, se desarrolló una serie de acciones para acelerar el proceso, cuya evaluación es precisamente el objeto de este trabajo.

Material y métodos

Entre 1998 y 2001, el Consorci Sanitari de Barcelona (CSB, ente mixto de la Generalitat de Catalunya y el Ayuntamiento de Barcelona, con personalidad jurídica propia, que asume las funciones de la Región Sanitaria del Servei Català de la Salut en la ciudad) definió las políticas para acelerar el proceso de la RAP en la ciudad, con el objetivo de culminarlo en 5 años, antes de finalizar 2003. Como primera acción, creó en 1999 el Órgano Técnico de Atención Primaria para la gestión del proceso, con presencia de todos los actores activos, que debía rendir cuentas periódicamente a los órganos de gobierno del CSB de los progresos realizados. En el presente artículo se presentan las políticas definidas para culminar el proceso de RAP en la ciudad y su concreción cuantitativa y cronológica. Se presenta también la evolución de la cobertura poblacional de los servicios de atención primaria reformados. Se identifican distintas fases del proceso de reforma. Se describen los servicios de atención primaria de financiación pública accesibles a los ciudadanos en el momento actual (diciembre de 2003) en la ciudad, a partir de los criterios mínimos de estructura y oferta de profesionales consensuados, así como la dotación real de los diversos centros.

Resultados

En la tabla 1 se enumeran las políticas definidas en los Órganos de Gobierno del CSB e impulsadas posteriormente por todos los agentes activos presentes. Sin duda es importante poner visiblemente la RAP en la agenda me-

dante la creación de un organismo responsable con el mandato explícito de presentar los progresos realizados en cada reunión de los órganos de gobierno del CSB. Destaca la mayor disponibilidad de recursos para invertir en infraestructuras y equipamientos mediante 2 estrategias: la formalización de 2 pólizas de crédito por el CSB, que permitió invertir 34 millones de euros en 5 años (la disponibilidad del presupuesto de inversiones del Servei Català de la Salut hubiera sido muy inferior), y la implicación de operadores alternativos al ICS que asumían inversiones al tiempo que optaban a convertirse en proveedores de servicios de atención primaria. Hay que mencionar la existencia de consorcios o estructuras conjuntas de varias entidades para facilitar determinadas operaciones. Así, el ICS participa en la gestión de 2 ABS con el Hospital Clínic en el Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample (CAPSE). Además, tiene presencia en los órganos de gobierno de otras estructuras, la empresa pública Parc Sanitari Pere Virgili (PSPV), que gestiona 2 ABS, y el Consorci Sanitari Integral (CSI), que gestiona otras 2. Otro aspecto importante es la decisión de poner en marcha centros con equipos mixtos, habituales en otros municipios pero hasta 1998 inexistentes en la ciudad. En ellos conviven médicos con la dedicación diaria de 2,30 h propia del sistema de médicos de zona anterior a la RAP, y otros profesionales con las 6 h diarias de dedicación habitual en el modelo RAP del ICS (o superior para algunos proveedores alternativos al ICS). Desde mayo de 1990, el personal de nueva incorporación a centros no reformados del ICS tenía en su contrato una cláusula que especificaba que su plaza quedaba condicionada al inicio de la RAP, y por tanto las condiciones de trabajo de este personal se modificaban al poner en marcha un nuevo equipo. Sin embargo, la existencia de personal estatutario de incorporación previa y su derecho a mantener sus condiciones contractuales hacen que persista en Barcelona una bolsa de unos 200 médicos de cabecera del ICS con dedicación horaria limitada

TABLA 1 Acciones impulsadas por el Consorci Sanitari de Barcelona (CSB) para acelerar el proceso de la reforma de atención primaria de salud (RAP) en la ciudad. Barcelona, 1999-2003

Priorización y gestión del cambio

Creación del Órgano Técnico de Atención Primaria, al que se encarga la gestión del proceso

Mejora de infraestructuras

Busca activa de solares y locales por todos los agentes potencialmente implicados

Dotación de recursos financieros para inversiones mediante pólizas de crédito del CSB

Política de recursos humanos

Activación de la cláusula contractual derivada del Decret 129/1990, que condicionaba la plaza del Institut Català de la Salut a la RAP

Aplicación de planes de transición como medidas de reordenación previas a la RAP a partir del Decret 104/1998

Apertura de centros reformados con plantilla mixta (personal modelo RAP y modelo anterior)

Mobilización de nuevos agentes

Incorporación de proveedores alternativos al Institut Català de la Salut y activación de su capacidad de inversión

TABLA 2
Puesta en marcha de nuevos equipos de atención primaria en la ciudad. Barcelona, 1999-2003

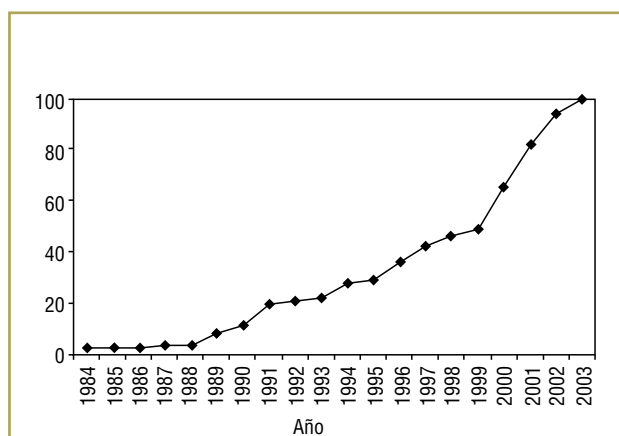
Año	ABS	Instalaciones	Importe invertido por el CSB desde 1999 (miles de €)	Gestor	Médicos generales de zona entre los médicos de familia/cabecera en el EAP
1999	2D	Adecuadas	–	ICS	10%
	3B	Adecuadas	–	ICS	30%
2000	3D	Provisionales	–	ICS	55%
	4A-4B	Provisionales	250	ICS	46%
	5A-5B	Adecuadas	240	ICS	50%
	6A-6B	Adecuadas	2.600	ICS	43%
	7B	Adecuadas	Proveedor	EBA EAP SL	0
	10D	Adecuadas	1.500	ICS	33%
	2001	2C-2E	Adecuadas	Proveedor	Consorci Atenció Primària Salut Eixample
2001	3A	Adecuadas	1.500	EAP Poble Sec	43%
	3E	Adecuadas	1.400	ICS	27%
	3G	Adecuadas	1.100	ICS	53%
	7A	Adecuadas	1.700	ICS	38%
	8A-8C	Adecuadas	2.400	ICS	44%
	8F	Adecuadas	1.600	ICS	50%
	2002	2I-2K	Adecuadas	Proveedor	Consorci Sanitari Integral
2002	6C-6E	Adecuadas	3.000	PAMEM	37%
	7E	Provisional	Otro proveedor	ICS	33%
	9A	Provisionales	2.300	ICS	56%
2003	5C-5D	Provisionales	–	EBA Sarrià y EBA Vallplasa	29%
	5E-6D	Provisionales	Proveedor	Parc Sanitari Pere Virgili	41%
	2G-2J	Provisionales	Proveedor	EBA Dreta Eixample y EBA Monumental	41%

ABS: áreas básicas de salud; CSB: Consorci Sanitari de Barcelona; ICS: Institut Català de la Salut; EBA: equipo de base asociativa; EAP: equipo de atención primaria; PAMEM: Prestaciones de Asistencia Médica al Personal Municipal.

a 2,30 h. Se acordó que para poner en marcha un equipo mixto se requería poder incrementar sustancialmente la oferta de servicios a la población, alcanzando al menos el 60% de las horas de atención sanitaria de los diversos profesionales que permitiría el modelo RAP. Este criterio de mínimos fue el que se siguió en la puesta en marcha de los nuevos equipos reformados.

En la tabla 2 se presentan las acciones impulsadas por estas políticas. Entre 1999 y 2003 se pusieron en marcha los equipos de atención primaria (EAP) correspondientes a 32 ABS hasta completar las 66 previstas. Esto ha comportado una inversión elevada en obras y equipamiento, pese a lo cual algunos EAP iniciaron su actividad en locales provisionales. En la última columna de la tabla 2 se expresa la proporción de médicos generales de zona en el total de médicos de cabecera en el EAP. Como puede apreciarse, ésta oscila entre centros: es habitualmente superior al 30% y llega a ser del 50% o más en 6 centros.

En la figura 1 se presenta la ampliación de la cobertura poblacional de la RAP en la ciudad a lo largo de los 20 años

**FIGURA 1**

Cobertura poblacional de la reforma de la atención primaria de salud en Barcelona, 1984-2003.

TABLA 3 Oferta de servicios de atención primaria de salud. Barcelona, 2003

Entidad gestora	Dotación de personal		Dotación de locales		Total ABS
	Modelo RAP	Modelo mixto	Provisionales	Adecuados	
Institut Català de la Salut (ICS)	31	18	5	44	49
Otros gestores públicos o con predominio público ^a	3	8	1	10	11
Otros gestores ^b	1	5	4	2	6
Total	35	31	11	55	66

RAP: reforma de atención primaria de salud; ABS: áreas básica de salud.

^aIncluye 4 ABS gestionadas por Prestaciones de Asistencia Médica al Personal Municipal (PAMEM, vinculado al Ayuntamiento), de las que en una la provisión de servicios la realiza un equipo de base asociativa (EBA); 2 ABS gestionadas por el Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample (CAPSE, vinculado al Hospital Clínic y al ICS); una ABS gestionada por la Corporació Sanitària Clínic (CSC, vinculada al Hospital Clínic); 2 ABS gestionadas por el Consorci Sanitari Integral (CSI, vinculado al Departamento de Sanidad, Cruz Roja y gobiernos locales), y 2 ABS gestionadas por el Parc Sanitari Pere Virgili (PSPV, empresa pública del Departamento de Sanidad) en las que la provisión de servicios la realiza una EBA. ^bIncluye 6 EBA con apoyo del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, 3 de ellos asociados a otros operadores: EBA EAP SL, EBA Sarrià, EBA Vallplasa, EAP Poble Sec (asociado a Fundació Sant Pere Claver), y las EBA Dreta Eixample y Monumental (asociadas a MUTUAMM).

que van de 1984 a 2003. Como puede apreciarse, hay 5 etapas: la primera (1984-1988), de estancamiento en niveles muy bajos de cobertura; la segunda (1989-1991), de progreso inicial; la tercera (1991-1993), de nuevo estancamiento; la cuarta (1994-1999), de progreso sostenido pero que de mantenerse no hubiera permitido completar la RAP hasta dentro de una década, y una quinta (2000-2003) de impulso acelerado y final.

Las características de la oferta de atención primaria accesibles actualmente a los ciudadanos de Barcelona se presentan en la tabla 3. El modelo que emerge muestra el predominio del ICS (49 de las 66 ABS), junto al papel de otros operadores públicos o de predominio público (11 ABS) y de equipos de base asociativa (EBA). Se aprecia también que 31 de las ABS se basan en un esquema mixto de personal médico, que afecta a todos los proveedores aunque proporcionalmente menos al ICS, que hasta 1999 puso en marcha sus EAP siguiendo fielmente el esquema de personal propio del modelo RAP. En diciembre de 2003 siguen en locales provisionales 11 EAP, aunque las obras para disponer de instalaciones apropiadas están en curso o muy avanzadas en 4 de ellos. Los otros 7 requieren de la culminación de operaciones urbanísticas más complejas, aunque en todos los casos se dispone de una alternativa planificada.

Discusión

El proceso de la RAP parece haberse visto influido notablemente por estas políticas. Se aprecia un claro punto de inflexión en el año 2000, en que se observa una aceleración efectiva del proceso de cambio de la oferta de servicios. El modelo inicial llegó a una cierta saturación tras el nuevo enfoque orientado a mejorar la equidad acordada en 1993-1995, para posteriormente estancarse de nuevo en 1998-1999 y, a partir de ese año, acelerarse de una forma sin precedentes.

Para dar este salto, ha tenido un papel clave el mecanismo de financiación de infraestructuras (locales y equipamien-

to), apelando a la capacidad de endeudamiento del CSB o de otros prestadores de servicios. El CSB, a partir de la cuantificación de la capacidad inversora histórica del Servei Català de la Salut que permitía seguir un ritmo de construcción de un centro al año, tramitó 2 operaciones de endeudamiento que han permitido concentrar en pocos años la construcción o remodelación de locales para 23 EAP. Estas operaciones de crédito serán amortizadas por el Servei Català de la Salut (una a corto plazo y la otra a 20 años). La capacidad de inversión de otros operadores también se ha movilizado, aportando además infraestructuras valiosas en territorios muy densos y sin disponibilidad de locales alternativos (es el caso del CAPSE o el CSI en el Eixample, de los EBA EAP SL en el Guinardó o del EAP Poble Sec en este barrio, o de entidades sin ánimo de lucro que ya eran prestadoras de servicios a nuestra red pública, como las Hermanas Hospitalarias de San Juan de Dios, que gestionan el Hospital de San Rafael, junto al Valle Hebrón).

Una vez enfocado el problema de las inversiones en infraestructura, pasa a primer plano el problema del personal de atención primaria necesario para asegurar una provisión de servicios apropiada. En efecto, muchos de los médicos generales de zona en activo han llegado a ejercer en la ciudad por concursos de traslado en los años ochenta y noventa, declinando incorporarse a la RAP en los centros en que ejercían antes. Entre ellos hay muchos reacios a un cambio para el que, además, carecen de incentivos económicos, al ser en general su retribución como médicos de zona muy favorable en relación con su dedicación. Por tanto, la puesta en marcha de equipos mixtos fue una necesidad si se quería acelerar la RAP, y la gestión de esta situación y las tensiones que plantea es uno de los retos del período actual. La puesta en marcha de EBA ha incorporado al proceso de cambio a algunos de estos profesionales, que de otro modo hubieran mantenido probablemente hasta su jubilación su situación previa.

El panorama de la provisión de servicios muestra una cierta diversidad, aunque con un claro predominio de operadores públicos o con participación pública (notablemente el ICS en los centros que gestiona directamente, pero también mediante estructuras compartidas con otros operadores como el CAPSE con el Hospital Clínic). Hay 3 centros gestionados por operadores públicos que contratan luego a EBA para la provisión de servicios; así lo hace el PSPV en los 2 EBA que gestiona, y el PAMEM (Prestaciones de Asistencia Médica al Personal Municipal) en una. Esto plantea un diseño peculiar, con provisión de la asistencia por un EBA pero con la intermediación como gestor de un operador público. Algunos EBA son estrictamente sociedades de profesionales constituidas con apoyo del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. Otras se han asociado con otros agentes (como la Fundació Sant Pere Claver o el montepío textil MUTUAMM) que cuentan con locales asistenciales apropiados en zonas muy densas. Queremos recordar que un estudio realizado en Barcelona que comparaba equipos del ICS y de otros proveedores no encontró diferencias significativas en la oferta de servicios⁹. Hay que mencionar que la implicación de operadores alternativos al ICS se acompañó de resistencias por algunas entidades vecinales que se manifestaron repetidamente contrarias a este proceso, que se veía como de privatización. En paralelo al esfuerzo de puesta en marcha hubo que cubrir el incremento de recursos humanos y estructuras de apoyo, con la consiguiente dotación para gastos corrientes del personal con nuevo modelo retributivo y de mantenimiento de las instalaciones.

La situación actual es mucho mejor que la previa, pero subsisten problemas. Algunos equipos trabajan aún en locales inapropiados y, aunque en algunos casos están en marcha los proyectos de remodelación, hay 5 equipos para los que el proceso puede ser prolongado por implicar operaciones urbanísticas complejas. Por otra parte, dentro del modelo mixto se incluyen equipos donde es muy posible que la cultura dominante sea muy lejana del modelo de centro reformado. Aunque estos equipos tienen una oferta de atención mucho más amplia que la propia del modelo anterior, en muchos de los equipos puestos en marcha en los últimos tiempos, la mayoría de los profesionales médicos proceden de este sistema y conservan su estilo de tra-

bajo previo. Unos pocos equipos se caracterizan por estar aún en locales inapropiados, estar compuestos por una mayoría de médicos del sistema anterior y estar en barrios con un alto uso de servicios públicos. Probablemente la población atendida en estos centros no tenga una percepción muy favorable del cambio, por lo que se propone un seguimiento concreto de los resultados y acciones específicas de mejora.

En este nuevo contexto, resulta evidente que ya no es suficiente con valorar la estructura. Se ha planteado la necesidad de evaluar los resultados del funcionamiento de los centros mediante indicadores del proceso y los resultados de su actividad¹⁰. Para ello se ha creado un grupo de *benchmarking* con el objetivo de facilitar los cambios a partir de la comparación. Se cree que puede tener una importancia clave para el éxito. Se ha desarrollado así un proceso participativo de consenso, con sus limitaciones y sus oportunidades, cuyas propuestas esperamos poder presentar pronto junto con su aplicación empírica.

Bibliografía

1. Borrell-Carrió F. La reforma de la atención primaria supuso un gran paso adelante en la dirección correcta. Cuadernos de Gestión. 1996;2:225-31.
2. Gol J, Jaén J, Marcos JA, et al. El médico de cabecera en un nuevo sistema sanitario. Barcelona: Fontanella-Laia; 1980.
3. Starfield B. Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.
4. Villalbí JR, Farrés J. La reforma de la atención primaria de salud: una valoración crítica. Quaderns CAPS. 1998;27:14-27.
5. Ris H, Pané O. La reforma de l'atenció primària de salut després d'una dècada. Fulls Econòmics del Sistema Sanitari. 1997;30:7-11.
6. Villalbí JR, Guarga A, Pasarín MI, Gil M, Borrell C. Corregir las desigualdades sociales en salud: la reforma de la atención primaria como estrategia. Aten Primaria. 1998;21:47-54.
7. Navarro V. Bienestar insuficiente, democracia incompleta. Sobre lo que no se habla en nuestro país. Barcelona: Anagrama; 2002.
8. Rey ME, 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;89:141-3.
9. Guarga A, Gil M, Pasarín M, Manzanera R, Armengol R, Sintet J. Comparación de equipos de atención primaria de Barcelona según fórmulas de gestión. Aten Primaria. 2000;26:600-6.
10. Villalbí JR, Pasarín M, Montaner I, Cabezas C, Starfield B. Evaluación de la atención primaria de salud. Aten Primaria. 2003;31:382-5.