

DE LA MEDICINA GENERAL A LA ATENCIÓN PRIMARIA: INDUSTRIALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA GENERAL EN GRAN BRETAÑA

Steve Iliffe

Profesor adjunto de Medicina general.
Royal Free & UCL Medical School, Londres

La aparición a finales de la década de 1990 de la “tercera vía” (Clinton, Blair, Schroeder, coalición del Olivo) ha tenido repercusiones para el desarrollo y la reforma de los servicios de salud, en particular en lo que respecta a la tendencia hacia la privatización de la atención de salud. El presente trabajo responde a un intento de comprender las tendencias implícitas en las políticas relativas a los servicios de salud y su desarrollo, a partir del marco teórico de un modelo de industrialización y del estudio específico de la práctica de la medicina general en Gran Bretaña.

En mi ponencia, voy a partir de tres supuestos:

1. El neoliberalismo como política económica y social ha entrado en declive y lo está sustituyendo una regulación de los mercados, aplicada por gobiernos de centro-izquierda que tienen que trabajar con o por intermedio de unas instituciones, prácticas e ideas heredadas de sus predecesores neoliberales.
2. La contención de los costes en el ámbito de los servicios de salud no va a desaparecer de la agenda política y no es una mera expresión de una concepción neoliberal de la atención de salud. En otras palabras, todos los servicios de salud, comoquiera que estén organizados, se van a enfrentar con el mismo problema de unos recursos insuficientes para cubrir la demanda de atención de salud.
3. Un servicio de salud es una empresa múltiple que ofrece un servicio con una multiplicidad de componentes y, desde el punto de vista organizativo, es equivalente a una compañía muy grande y diversificada. Si bien los servicios públicos de salud no son empresas con afán de lucro, sin embargo pueden compartir algunas de las características de estas últimas, sobre todo las que ofrecen métodos para contener los costes.

El desarrollo industrial tiene su propia lógica y los gobiernos sólo pueden ejercer una influencia limitada sobre la misma. En consecuencia, el actual respiro en la aplicación de políticas neoliberales en el ámbito de la atención de salud en algunas partes de Europa no significa que haya desaparecido la tendencia subyacente a recurrir a mecanismos de mercado para resolver los problemas en este ámbito. A partir de este argumento, voy a intentar responder a la siguiente pregunta: ¿en qué medida ha adoptado la práctica de la medicina general en el marco del Servicio Nacional de

Salud (*National Health Service, NHS*) británico modos de organización propios de las industrias productivas (con afán de lucro)?

Evolución de la práctica de la medicina general en Gran Bretaña

ADJUDICACIÓN DE FRANQUICIAS. La evolución de la práctica de la medicina general en el marco del Servicio Nacional de Salud británico se puede dividir, a efectos descriptivos, en tres fases: una larga fase de desarrollo, desde 1948 hasta 1990; un breve período en el que se intentó aplicar una reforma basada en los principios del mercado, de 1991 a 1999; y un retorno al control y la planificación, a partir de 1999. Las tendencias a largo plazo en la organización de la práctica de la medicina general en Gran Bretaña entre 1948 y 1990 se resumen en la Tabla 1 y se encuentran descritas en detalle en otros escritos.^{1,2} Durante este período, la práctica de la medicina general en Gran Bretaña funcionó como una franquicia, con todas las ventajas y desventajas de esta forma de organización. Las franquicias pueden expandirse rápidamente, aprovechando los conocimientos locales y la energía de los empresarios, que incurren en menores riesgos gracias a la intervención del adjudicador de la franquicia, pero se enfrentan con problemas para mantener la calidad y coherencia de su actividad una vez que han ampliado su oferta de servicios.

Tabla 1. Tendencias a largo plazo en la práctica de la medicina general en Gran Bretaña

- Formación de grupos: la práctica en solitario pasa a ser poco frecuente y se considera casi indicativa de una actuación deficiente
- Sistemas de concertación de visitas: el acceso directo a la atención médica se encuentra bajo el control de personal administrativo y de un sistema de visitas preconcertadas
- Ampliación del personal: cada médico dispone de un equipo de apoyo más amplio y se incrementa la gama de disciplinas que intervienen en la atención primaria
- Supresión del trabajo fuera del horario habitual y de la atención maternal, que en ambos casos se delegan
- Colonización de la pediatría y la anticoncepción como ámbitos de atención generalista y no especializados como antes
- Delegación de la gestión de las enfermedades crónicas en los profesionales de enfermería

REFORMAS BASADAS EN LOS PRINCIPIOS DEL MERCADO. La participación de los médicos generalistas británicos en las reformas basadas en los principios del mercado a través de su participación en fondos de financiación (1991-9) generó un importante conflicto político con escasos beneficios para la atención de salud. Se esperaba que los médicos de cabecera detentadores de presupuestos fomentasen la competencia entre los hospitales por la clientela y que este mercado funcionase como un mercado minorista real (un mercado de tipo 2, según la terminología de la administración de los servicios de salud).³ El éxito de algunos de ellos en la creación de un entorno competitivo indujeron a algunos analistas a sobrestimar la influencia de este paso hacia la instauración de un Servicio Nacional de Salud basado en los principios del mercado⁴ y los datos sugieren que la política de mercantilización aplicada durante aquel período tuvo, en conjunto, un escaso impacto sobre la organización y la actuación de los médicos generalistas y los hospitales^{5,6}. La participación en los mecanismos de detención de fondos parece haber fomentado una mayor desigualdad entre las consultas, a la vez que reducía la capacidad de planificación estratégica del Servicio Nacional de Salud.⁷ Permitió economizar algunos costes en los medicamentos recetados, pero no en la referencia a especialistas, y generó considerables costes adicionales de carácter administrativo y de transacción sin ninguna mejora demostrada en los resultados en materia de salud ni en lo que respecta a una ampliación de las posibilidades de elección de los consumidores.⁸

GRUPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA. En la fase actual de las reformas, la práctica de la medicina general se está integrando dentro de la gestión de los servicios de salud a través de la constitución de grupos y consorcios de atención primaria, que están colectivizando en la práctica a los médicos anteriormente semiautónomos. Los grupos de atención primaria encargan a los médicos generales y a los equipos de atención primaria que mejoren la salud de sus comunidades atendiendo las necesidades sanitarias de su población fomentando su salud y colaborando con otras organizaciones para ofrecer una atención eficaz y apropiada.⁹ Entre los problemas potenciales que pueden surgir figuran las probables repercusiones negativas de la integración forzosa de unos médicos generales potencialmente reticentes,¹⁰ las grandes variaciones en cuanto a las recetas y la referencia a otros servicios, que pueden obstaculizar la introducción de procedimientos de financiación per cápita,¹¹ la tendencia del Servicio Nacional de Salud a subvalorar la motivación de los médicos y a sobrevalorar el efecto de las sanciones,¹² y el riesgo de que todo el proceso de transformación degenerare en una cultura burocrática de “búsqueda de culpables”.¹³ Este retorno pendular a un modelo social, con el alejamiento consiguiente del modelo basado en el mercado, sigue conservando elementos de la anterior orientación, que he examinado en otro lugar.¹⁴ La estructura económica que se está creando se asemeja más a un mercado industrial (mercado de tipo 1) que a un mercado minorista, con la presencia de relaciones de apoyo, más que de competencia, entre los proveedores de atención de salud.

¿En qué sentido cabe esperar que evolucione en el futuro la práctica de la medicina general en Gran Bretaña, visto que su relación con los servicios de salud más amplios

se está modificando, con una mayor integración en la planificación de dichos servicios, a la vez que se amplía su papel en relación con la salud pública? Voy a intentar profundizar un poco más en la analogía de la industrialización aplicando un modelo estadounidense del proceso de industrialización al análisis de las tendencias recientes y actuales en la práctica de la medicina general en Gran Bretaña.

La industrialización estadounidense de los siglos XIX y XX siguió un patrón que se puede describir por las siguientes características:¹⁵

- **“Internalización” de los mecanismos del mercado y de determinación de los precios a través de la forma de gestión.** Las industrias en desarrollo reemplazaron la adquisición de materias primas, fuerza de trabajo, pericia y mecanismos de distribución en los mercados abiertos mediante unas estructuras de gestión cada vez más complejas, encargadas de supervisar la adquisición, producción y distribución de los productos.
- **Integración progresiva de una red de distribución.** Una parte del proceso de “internalización” de los mercados incluye el control, en caso necesario, de los proveedores y distribuidores con el fin de que se adecuen mejor a las necesidades de la industria.
- **Adopción de tecnología de producción en gran escala y de proceso continuo.** La producción masiva sustituye a la producción artesanal, con especial hincapié en el volumen de producción.
- **Aplicación de enfoques tayloristas** (procedimientos de trabajo eficaces) **y fordistas** (cadena de producción) a la gestión, el diseño de los centros de producción y la organización del proceso de producción. Dichos enfoques se caracterizan por:
 - una codificación centralizada de los conocimientos
 - homogeneización de las herramientas
 - subdivisión del trabajo
 - sustitución de las habilidades humanas por máquinas
 - pago de incentivos
 - aceleración de los procesos de trabajo
- **Incorporación de la ciencia** a la industria a través de:
 - la vinculación directa de los científicos a la empresa
 - el desarrollo de una ideología utópica que resalta los beneficios que reporta a la sociedad la aplicación de la ciencia bajo la forma impulsada por la industria
 - la creación de un itinerario profesional que permite el acceso de los científicos a puestos directivos en la industria.

Esta evolución no se ha dado en todas las industrias ni siquiera en los Estados Unidos y ciertamente no en Europa, ya que puede topar con resistencias entre los empleadores

y empresarios, puede limitarse a impulsar una expansión económica, y no satisface necesariamente a los consumidores o usuarios de los servicios. La aplicación de procesos industriales en la medicina puede conducir a:

- una reducción del ciudadano a la condición de objeto
- la aplicación de soluciones lineales simples a problemas sistémicos complejos
- un entorno impersonal, descualificado y gobernado por normas

Sin embargo, el marco del análisis de la industrialización ofrece una vía para comprender los cambios que ha experimentado la práctica de la medicina general en Gran Bretaña, tal como se resumen en la tabla 2 (el sombreado indica el grado de industrialización, tal como antes se ha descrito).

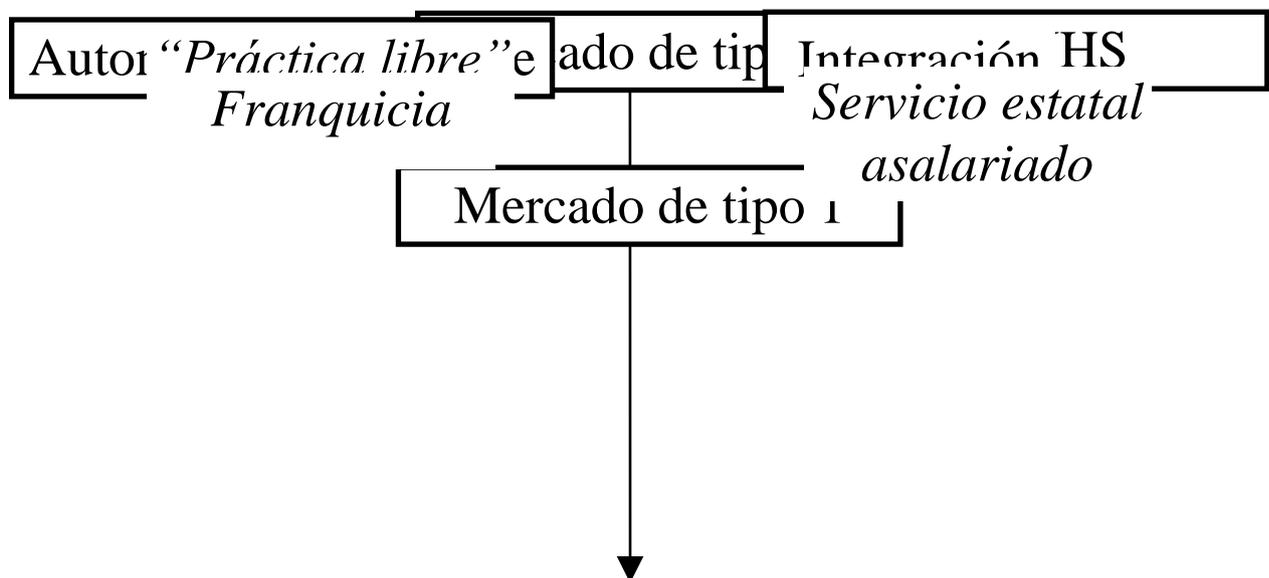
Tabla 2.

INDUSTRIALIZACIÓN	1950-59	1960-69	1970-79	1980-89	1990-99
“Internalización” de los mecanismos del mercado	Mínima	Mínima	Participación simbólica en la gestión del NHS	Participación simbólica en la gestión del NHS	fondos financiación
Producción continua en gran escala	Contratos abiertos, producción artesanal en pequeña escala	Contratos abiertos, producción artesanal en pequeña escala	Se introduce la delegación de servicios y esta modalidad comienza a asumir el trabajo nocturno y en fines de semana	Aumenta la delegación de servicios	Aparecen cooperativas encargadas del trabajo habitual de los generales abandonando su mayor
Integración progresiva de los distribuidores	Franquicia informal	Se definen responsabilidades en materia de salud pública	Se incrementan gradualmente las responsabilidades en materia de salud pública	Se incrementan gradualmente las responsabilidades en materia de salud pública	Franquicia mayor
Incorporación de la ciencia			El Royal College of General Practitioners y las prácticas universitarias representan a la ciencia	Aumenta la importancia de la práctica académica a expensas del RCGP	Programas de investigación centralizados
⇒ vinculación con la empresa	Industria farmacéutica	Industria farmacéutica	Industria farmacéutica	Universidades, org. benéficas e industria farmacéutica	I + D financiación
⇒ ideología utópica	Focalización en los pacientes	Focalización en los pacientes	Atención preventiva de la población	Atención preventiva de la población	Mejora de calidad mediante auditorías
⇒ itinerario profesional	Ninguno	Ninguno	Políticas médicas	academia y formación	Participación en fondos financiación
Taylorismo/Fordismo					
⇒ codificación centralizada de los conocimientos	de ningún tipo	de ningún tipo	Royal College of General Practitioners	Academia	Medicina basada en los datos em

⇒ homogeneización de las herramientas	Ninguna	Ninguna	buenas prácticas	buenas prácticas	Directrices, codificación de datos clínicos
⇒ división del trabajo	ninguna	Ninguna	Formación de grupos	Formación de equipos	Equipo de Salud
⇒ sustitución de las habilidades por máquinas	de ningún tipo	de ningún tipo	de ningún tipo	Informatización	Apoyo para la toma de decisiones
⇒ pago de incentivos	Limitado	Incremento gradual	Incremento gradual	incremento gradual	Definición de metas para servicios de atención prehospitalaria

El uso de este modelo de industrialización como marco analítico ofrece dos ventajas. Permite explicar la evolución, a veces compleja, de la práctica de la medicina general en Gran Bretaña en el transcurso del tiempo mediante un enfoque que integra los aspectos económicos, organizativos, de la ideología profesional y de la ciencia médica, y permite vislumbrar una coherencia en unos procesos de transformación que pueden parecer misteriosos. Además, también explica el fracaso de las reformas de 1991-99 basadas en los principios del mercado, que adoptaron modelos de desarrollo exactamente opuestos a los de la industrialización histórica. En vez de promover la integración progresiva de los distribuidores de atención médica (los médicos generalistas) y la homogeneización fordista de los procesos de trabajo, las reformas basadas en los principios del mercado resaltaron la función de proveedores minoristas de los productores en pequeña escala. A pesar de que aumentó el peso de la gestión, ésta se centró en la comparación de precios, la búsqueda de las mejores ofertas y la facturación, y no en la “internalización” de los mecanismos del mercado. Las reformas actuales se ajustan mucho más al modelo de industrialización aquí descrito, con la integración de los médicos generalistas que antes trabajaban en régimen de franquicia en un proceso de producción definido con mayor precisión y gestionado con mayor rigor.

Nada permite suponer que este proceso de industrialización no va a suscitar resistencias y es posible contemplar otros modelos alternativos de organización de la atención de salud, cuyas características se resumen en la figura 1.



En las situaciones en las que en el ámbito de la atención de salud intervienen mercados minoristas (de tipo 2), como ocurre en los Estados Unidos, la industrialización creciente y la incorporación de la ciencia a la industria de la atención de salud han conducido a la creación de “organizaciones de mantenimiento de la salud” como alternativa frente a la “práctica libre”. En Europa, donde los gobiernos regulan los fondos de asistencia médica y a veces también los gestionan, los mercados industriales (de tipo 2) pueden tender a fomentar el desarrollo de servicios asalariados como alternativa frente al régimen de franquicia o la práctica libre.

A mi modo de ver, las presentes tendencias permiten contemplar diversas posibilidades para el futuro. Si la industrialización de la práctica de la medicina general se extiende al máximo, asistiremos a:

- el desarrollo de una fuerza de trabajo profesionalmente diversificada, con un incremento del trabajo a tiempo parcial y un estilo de trabajo impersonal, guiado por objetivos, con una capacidad limitada de respuesta individualizada y un racionamiento evidente de los servicios
- transferencias de habilidades en gran escala, con la atención de los profesionales de enfermería como alternativa a los médicos y la asunción de las tareas de enfermería por personal con una cualificación mínima (auxiliares sanitarios)
- el desarrollo del sector médico privado, que se preciará de ofrecer el servicio personalizado que está desapareciendo en el sector público. (Es probable que se trate de una falsa pretensión, pues el desarrollo del sector privado seguramente también irá acompañado de procesos de industrialización)
- el desarrollo de la “medicina alternativa”, que será efectivamente personalizada mientras siga estando basada en la práctica individual

No obstante, si la profesión médica logra resistir estas tendencias en Gran Bretaña y los médicos conservan alguna forma de autonomía responsable, es probable que:

- la homogeneización de los servicios de atención primaria sea menor y la calidad de la práctica presente variaciones aparentemente inevitables
- la transformación del modo de organización de la práctica de la medicina general y la difusión de los conocimientos y la pericia sean más lentas
- se produzca una resistencia entre los profesionales a la racionalización de los servicios y la contención de los costes
- acompañada de permanentes conflictos entre los profesionales y el gobierno en torno a la asignación de recursos

- y posiblemente de un renovado interés por la focalización en los pacientes como ideología de la práctica médica

Esta alternativa a la industrialización no contribuye en absoluto a abordar el problema de la adecuación de los recursos a la demanda y posiblemente represente poco más que una vía hacia el conflicto entre los profesionales y los políticos, sin que consiga modificar el rendimiento y el carácter de los servicios de salud públicos. Si así sucede, la privatización de la atención primaria podría ser una solución, que permitiría mantener al máximo la práctica libre para quienes puedan costeársela directamente, junto con una máxima industrialización para el resto.

Bibliografia

1. Iliffe, S. "From general practice to primary care: developments in general practice 1980 to 1995 and beyond: part 1", *Postgraduate Medical Journal* 1996;72:201-6
2. Iliffe, S. "From general practice to primary care: developments in general practice 1980 to 1995 and beyond: part 2", *Postgraduate Medical Journal* 1996, 72:539-54
3. Mullen, P., "Health and the internal market: implications of the white paper". Discussion paper no. 25. Birmingham: University of Birmingham Health services management centre, 1989.
3. Mullen, P., "Health and the internal market: implications of the white paper". Discussion paper no. 25. Birmingham: University of Birmingham Health services management centre, 1989.
- 4 Audit Commission, *What the doctor ordered*. Londres: HMSO, 1996
- 5 Raftery, J., y Stevens, A., "Day case surgery trends in England: the influences of target setting and of general practitioner fundholding", *Journal of Health Services Research and Policy*, 1998, 3(3):149-152
6. Mays, N., Mulligan, J.-A., y Goodwin, N., "The British quasi-market in health care: a balance sheet of the evidence", *Journal of Health Service Research and Policy*, 2000,5(1):49-58.
- 5 Raftery, J., y Stevens, A., "Day case surgery trends in England: the influences of target setting and of general practitioner fundholding", *Journal of Health Services Research and Policy*, 1998, 3(3):149-152
6. Mays, N., Mulligan, J.-A., y Goodwin, N., "The British quasi-market in health care: a balance sheet of the evidence", *Journal of Health Service Research and Policy*, 2000,5(1):49-58.
6. Mays, N., Mulligan, J.-A., y Goodwin, N., "The British quasi-market in health care: a balance sheet of the evidence", *Journal of Health Service Research and Policy*, 2000,5(1):49-58.
7. Koperski, M., y Rodnick, J.E., "Recent developments in primary care in the United Kingdom: from competition to community-oriented primary care" *J Fam Pract* 1999;48(2):140-5
8. Smith, R., y Wilton, P., "General practice fundholding: progress to date" *Br J Gen Pract* 1998;48(430): 1253-7.
9. HSC 1998/228 "The new NHS Modern and Dependable Primary care groups: delivering the agenda", Department of Health, Leeds 199
10. Smith, R., "What is a primary care group and how will it work?", en Hrison, S. (comp.), *Evidence-based medicine: its relevance and application to primary care commissioning*. Round table series 59, Royal Society of Medicine Press, 1998.
10. Smith, R., "What is a primary care group and how will it work?", en Hrison, S. (comp.), *Evidence-based medicine: its relevance and application to primary care commissioning*. Round table series 59, Royal Society of Medicine Press, 1998.
11. Majeed, A., "Equity in the allocation of resources to general practice will be difficult to achieve" *British Medical Journal*, 1998, 316:43.
12. Ham, C., "Improving NHS performance: human behaviour and health policy" *British Medical Journal*, 1999, 319:1490-1492
13. Anon, *Clinical governance: from rhetoric to reality*, Thames Region NHSE, Londres, 1998
14. Iliffe, S., y Munro, J., "New Labour and Britain's National Health Service: An overview of Current Reforms", *Int. J Health Services*, 2000; 30 (2):309-334
15. Chant, C. (comp.), *Science, technology and everyday life 1870-1950*, Routledge, 1989