



EDITORIAL

Nuevos perfiles profesionales: tiempo para la reflexión

New professional profiles: time for reflection



Los nuevos perfiles profesionales en atención primaria están de moda. Aparecen en múltiples informes y propuestas para la mejora de la calidad, fortalecimiento y reconfiguración de la atención primaria tanto a nivel estatal como internacional. Los mencionan la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA), el *Royal College of General Practitioners* de Gran Bretaña, el *National Health Service* (NHS), el *National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine* de EE. UU. y hasta el Banco Mundial. En el estado español, es una de las medidas principales del Plan de fortalecimiento y transformación de la atención primaria y comunitaria¹ de Cataluña y otras comunidades autónomas, como Andalucía o Euskadi, los incluyen en sus planes.

Se propone que estos nuevos perfiles se sumen al equipo de atención primaria (médico de familia, enfermera, administrativo, trabajador social y técnico en cuidados auxiliares de enfermería) para dar respuesta a la sobrecarga que sufre la atención primaria, en concreto los médicos de familia. Esta sobrecarga es multicausal y viene de lejos. Ya en 2005 se hablaba de cómo los valores, expectativas y demandas de la sociedad en relación con el sistema sanitario, por una parte, y el aumento y fragmentación de la oferta sanitaria, por otra, causaban saturación en la atención primaria². Se une a eso la dificultad para encontrar personal médico y de enfermería para trabajar en atención primaria, un problema común a todos los países. Aunque analizando esta falta de profesionales en nuestro país, si bien en el caso del personal de enfermería³ sí que hay falta de profesionales en general, en el caso de los médicos⁴ el problema es que los que hay no quieren trabajar en atención primaria.

Ante estos hechos, la solución que se propone es descargar de trabajo a los médicos potenciando lo que se ha dado en llamar *nuevos perfiles profesionales y equipos multidisciplinares*. Bajo el epígrafe de *nuevos perfiles profesionales* se engloba una amplia variedad de figuras con requisitos y funciones distintas: personal administrativo (gestores de salud, asistentes clínicos, administrativos asistenciales)^{5,6}, de enfermería (gestoría de casos, enfermería de práctica avanzada en atención primaria), dietistas-nutricionistas,

fisioterapeutas, farmacéuticos, agentes comunitarios de salud y profesionales de salud mental, entre otros. Hablar de nuevos perfiles profesionales en genérico, pues, no tiene sentido. Hay que especificar de qué se está hablando para poder evaluar la necesidad y el valor que pueden aportar cada uno de ellos a los equipos de atención primaria.

La incorporación de nuevos perfiles a los equipos de atención primaria, como cualquier medida que se tome, tiene que estar precedida de una profunda reflexión desde el marco conceptual primarista. Las fuerzas de los profesionales están al límite, la confianza de la población flaquea y los recursos económicos y humanos son escasos. El coste de oportunidad de invertir en intervenciones que finalmente no aporten valor y dejar de hacerlo en aquello que sabemos que funciona puede empeorar la situación que teóricamente se quiere resolver. Además, una vez implantado algo es muy difícil retirarlo. Debemos estar atentas también a la tentación de incorporar especialistas ante la complejidad creciente y la incertidumbre inherente a la atención primaria. Podemos pensar que siempre hay alguien que lo hará mejor que nosotros porque sabe más del tema y buscar nuevos perfiles (personal de enfermería especializado, de psicología) que asuman problemas específicos de los pacientes. Ante esto, es importante tener presente la paradoja de la atención primaria⁷: la atención para enfermedades individuales se ajusta menos a las guías de actuación de cada enfermedad, sin embargo, alcanza similar estado funcional de salud en personas con condiciones crónicas, y mejor calidad, equidad y menor coste en la atención a comunidades y poblaciones.

Así pues, ¿qué tenemos que plantear antes de incorporar nuevos perfiles a la atención primaria?:

- Las necesidades que se quieren cubrir: son necesidades de la población o son necesidades organizativas. A menudo, lo segundo se disfraza de lo primero en un argumento falaz: la dificultad para encontrar médicos se convierte en una oportunidad para satisfacer nuevas demandas de la población con otros profesionales. Se amplía *de facto*

la cartera de servicios cuando los básicos no están garantizados.

- Si en los equipos de atención primaria hay profesionales que puedan cubrir estas necesidades ampliando sus competencias. A la hora de incorporar innovaciones de otros entornos parece que se olvida que, a diferencia de otros países, en España la atención primaria se organiza en equipos multidisciplinares.
- ¿Aprueban el test primarista? En qué medida las nuevas figuras mejoran o dificultan la accesibilidad a los profesionales de referencia, promueven o debilitan la longitudinalidad, fragmentan la atención o mantienen la integralidad (pasa demasiado a menudo que se considera que los profesionales referentes, de medicina y enfermería, están demasiado saturados y se crean nuevos perfiles o dispositivos para cubrir la necesidad, fragmentando la atención y restando potencia a lo que sabemos que funciona en atención primaria), potencian el rol coordinador de la atención primaria.
- ¿Hay evidencia sobre sus beneficios? Si los hay, ¿los resultados son aplicables a nuestra realidad?
- ¿Entrañan riesgos? Por ejemplo, el coste de oportunidad ya mencionado, integración en los equipos en función de un modelo de sustitución y no colaborativo (de manera que los profesionales existentes dejan de hacer actuaciones beneficiosas porque ya hay quien lo hace).
- Deben depender del equipo orgánica y funcionalmente para alinear su actividad con sus objetivos.
- Planificar pruebas piloto y evaluarlas antes de generalizarlas, con indicadores de resultados en salud y no de proceso.

Tenemos el ejemplo de la gestión de casos⁸, un nuevo perfil incorporado hace más de una década a los equipos de atención primaria de muchas comunidades autónomas. Se importó un modelo desarrollado en EE. UU., donde la atención primaria se organiza en función de médicos de familia que contratan a otras figuras para darles apoyo, obviando que en los equipos de atención primaria hay personal de enfermería referente de cada paciente que asume esta función de coordinación de cuidados. Su implantación implica duplicidad de funciones (favoreciendo que las enfermeras del equipo dejen de hacer tareas de coordinación), malgasto de recursos económicos y humanos, así como ruptura de la longitudinalidad y la integralidad. Además, años después de su incorporación, no hay una evaluación que justifique su mantenimiento.

Un ejemplo de perfil que habría que potenciar es el del personal administrativo. Sus atribuciones se han multiplicado en cantidad y complejidad en los últimos años y se pueden ampliar, son una figura clave para los equipos y la población, pero sin reconocimiento ni formación. Se necesita un plan formativo específico para el personal que ya está en los equipos y una apuesta decidida para compensar retributivamente este cambio de rol. Son imprescindibles, además, cambios legislativos para incluir la figura del administrativo sanitario y sus especificidades. Hace falta voluntad política porque hay mucho camino por delante y hay (muy escasos) ejemplos que seguir en nuestro entorno, como el de los administrativos de familia de la Chana (Granada).

En Cataluña, se ha optado por incorporar nuevos perfiles a todos los equipos de atención primaria: referentes de bienestar emocional comunitario, dietistas-nutricionistas, higienistas dentales y, próximamente, fisioterapeutas, llevándose gran parte del aumento de inversión en atención primaria que no podrá ser destinado a otras necesidades. El despliegue ha sido rápido y generalizado, demostrando que para esto sí hay voluntad política que se echa de menos en otras acciones tan necesarias como la reforma, construcción y ampliación de centros de salud, la mejora de los equipamientos informáticos y la dignificación de las condiciones de trabajo, así como el mejor reconocimiento y formación del personal administrativo, por poner algunos ejemplos donde no se puede esgrimir la falta de profesionales como justificación. Asimismo, el diseño de estos programas no ha tenido en cuenta que hay profesionales en el equipo que ya están haciendo las funciones de algunos de estos nuevos perfiles (salud comunitaria, grupos de pacientes, consejo nutricional). Su despliegue se ha efectuado sin hacer pilotos previos, necesarios en intervenciones novedosas como la de los referentes de bienestar emocional comunitarios, y no se han tenido en cuenta las circunstancias específicas de los equipos (referentes de bienestar emocional comunitario en equipos donde la atención comunitaria funcionaba y con necesidades prioritarias), y los nuevos profesionales han llegado a los equipos sin indicaciones concretas sobre sus funciones, generando a menudo incomprensión en el resto de los profesionales. Por último, en los documentos se prevén evaluaciones, pero con indicadores solo de proceso, con lo que hay poca evidencia⁹ sobre la incorporación de nuevos perfiles profesionales. Un reciente artículo británico¹⁰ concluye que la inclusión de nuevos perfiles distintos (farmacéuticos, asistentes clínicos⁶) no ha reducido la carga de trabajo de los médicos de familia, sino que ha cambiado el contenido (aumenta el tiempo de delegación y supervisión de tareas), y la satisfacción laboral de los médicos no ha mejorado. Se hace más compleja también la tarea de los administrativos asistenciales, que deben encajar la necesidad del usuario con el profesional adecuado.

La innovación no es buena en sí misma, lo es cuando es necesaria y si permite mejorar la atención a la población. El momento es delicado y hacen falta cambios en el sistema sanitario teniendo en cuenta la evidencia que existe sobre lo que lo hace más útil. En el caso de la atención primaria, sabemos que aporta más valor en la medida en que sus dimensiones básicas (accesibilidad, longitudinalidad, globalidad y coordinación) se desarrollan. Y si bien estas tienen que adaptarse a la realidad de las necesidades y a los nuevos valores sociales, el paradigma no ha sido superado. En este marco, los nuevos perfiles profesionales deben orientarse a promover el *skill mix* (cambio de competencias y roles) entre los profesionales ya existentes en los equipos, con los cambios remunerativos, legislativos y de formación necesarios. Cuando se valore incorporar nuevas profesiones, se deben evaluar los beneficios y perjuicios, hacer pruebas piloto y contemplar la posibilidad de retirarlas si no aportan valor. Asimismo, como el trabajo en equipo es el presente y futuro de la atención primaria, se debe invertir en mejorar las dinámicas de funcionamiento y en ampliar y adaptar los centros de salud para desplegar todas las posibilidades que ofrecen. No podemos permitirnos más oportunidades perdidas.

Bibliografía

1. Plan de fortalecimiento y transformación de la atención primaria y comunitaria. [Consultado 25 Ene 23]. Disponible en: <https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/projectes-plans-sanitaris/pla-enfortiment-transformacio-atencio-primaria/index.html>.
2. ¿ENFERMOS DE SALUD? Reflexiones acerca de las nuevas demandas y las respuestas del sistema sanitario. [Consultado 25 Ene 23]. Disponible en: http://gestor.camfic.cat/Uploads/ITEM_529_EBLOG_1946.pdf.
3. OECD (2023), Nurses (indicator). [Consultado 15 Dic 22]. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/283e64de-en>.
4. Simó Miñana J. El superbulo de la falta de médicos en España. Acta Sanitaria. 2021 [Consultado: 25 Ene 23]. Disponible en: https://www.actasanitaria.com/opinion/punto-de-vista/el-superbulo-de-la-falta-de-medicos-en-espana_1607683_102.html.
5. Espallargues Carreras M, Castell Abat C, Salvador Castell G. Nous perfils professionals a l'atenció primària: revisió ràpida. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2021.
6. The Open University. The role of the healthcare assistant [consultado 19 Dic. 2022]. Disponible en: <https://www.open.ac.uk/choose/unison/develop/my-knowledge/role-healthcare-assistant>.
7. Stange KC, Ferrer RL. The paradox of primary care. Ann Fam Med. 2009;7:293–9.
8. Morales-Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. Enferm Clin. 2014;24:23–34.
9. Coombs CR, Cohen T, Duddy C, Mahtani KR, Roberts N, Saini A, et al. Primary care micro-teams: a protocol for an international systematic review to describe and examine the opportunities and challenges of implementation for patients and healthcare professionals. BMJ Open. 2022;12:e052651.
10. McDermott I, Spooner S, Goff M, Gibson J, Dalgarno E, Francetic I, et al. Scale, scope and impact of skill mix change in primary care in England: a mixed-methods study. Southampton (UK): National Institute for Health and Care Research; 2022.

Meritxell Sánchez-Amat^{a,b}

^a Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Centre d'Atenció Primària (CAP) Besòs, Barcelona, España

^b Presidenta del Fòrum Català d'Atenció Primària (FoCAP), Barcelona, España

Correo electrónico: msanchezamat@gmail.com