

Prescripción enfermera

Calvo MJ, Alemany A
fundacionsigno@telefonica.net

Resumen

El tema que deseamos poner sobre la mesa para este punto de encuentro de la Fundación Signo, es el de la prescripción enfermera, tema que está siendo muy debatido, en el mundo sanitario, desde la publicación por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo de un proyecto de orden ministerial que desarrolla la disposición adicional duodécima de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

Esta orden ministerial abre la puerta a la posibilidad de prescribir al profesional de enfermería determinados medicamentos y productos sanitarios. Y con esto la confrontación se ha servido entre colegios profesionales de médicos y de enfermería, sociedades científicas, líderes de opinión, etc.; muchos servicios sanitarios de diferentes CC. AA., también han dado su opinión.

Palabras clave: Prescripción enfermera, Ley 29/2006 de 26 de julio.

Nurse's hazard

Abstract

The topic we want to talk about in this Foundation Signo Meeting Point, is the nurse's hazard, a topic that is being hotly debated in the health world, from the publication by the Ministry of Health and Consumption of a Draft Order building the additional provision twelfth of the law 29/2006 of July 26, guarantees and medicines and medical devices rational use.

This ministerial order provides certain medicines and medical devices prescribing possibility to professional nursing. Confrontation between medical and nursing Professional Associations, scientific societies, opinion leaders, and so on has been served Many health services in different CCAA, have also given their views.

Key words: Nurse's hazard, Law 29/2006 of July 26.

PUNTO DE ENCUENTRO

Las preguntas que nos hacemos y que espero que nos respondáis a lo largo de la tarde son:

- *Lo que regula la orden ministerial, ¿no se está haciendo ya en el trabajo de nuestros equipos de atención primaria?*
- *Teniendo en cuenta que los profesionales de enfermería desarrollan una labor esencial como elemento de cohesión de las prestaciones de cuidados a los usuarios de los servicios sanitarios, orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de la enfermedad, toda esta labor, ¿no implica necesariamente la utilización de medicamentos y productos sanitarios?*
- *Para conocer su postura ante estas cuestiones y debatir sobre la orden ministerial mencionada, la Fundación Signo, ha convocado a los siguientes profesionales de la gestión sanitaria del servicio madrileño de salud en este punto de encuentro:*

Ángel Sanz-Virseda (A.S-V). Director Médico del Área 4.

Juana Mateos (J.M). Directora de Enfermería del Área 5.

Jorge Casas (J.C). Director Gerente del Área 3.

Juan José Jurado (J.J.J). Director de Enfermería del Área 6.

María Luisa Illescas (ML.I). Directora Gerente del Área 9.

Belén Ubach (B.U). Directora Médica del Área 1.

A.S-V: Has hecho una introducción estupenda sobre un tema de rabiosa actualidad en los medios de comunicación. No sé la percepción que tenéis en vuestras áreas. En el área 4 los profesionales son ajenos a este conflicto y no genera ni siquiera debate.

Creo que ni la mayoría de los médicos opinan como lo hace la Organización Médica Colegial, ni todas las enfermeras como el Consejo General de Enfermería. Esta es mi opinión personal sobre la respuesta de los profesionales al tema, y a partir de este momento podemos empezar a definir nuestra postura, es decir, si estamos de acuerdo o no.

Yo soy un médico flexible, nada corporativista y en principio creo que la prescripción de enfermería es una herramienta por la que apostarí. Probable-

mente se ha llevado mal y con una serie de intereses que han quedado suficientemente claros y que son los que han generado el revuelo.

J.M: Opino que se está haciendo un uso interesado por parte de las organizaciones. Parece que en vez de discutir el proyecto de orden ministerial y la orden adicional a la Ley de Uso Racional del Medicamento para resolver temas que no se han resuelto, estén saliendo todas las luchas de poder de la profesión médica y enfermera.

Creo que se está haciendo un mal uso, se está sacando el proyecto de su encuadre y discutiendo incluso si los enfermeros somos profesionales sanitarios. La pena es que con toda la polémica que hay en torno a este tema, no se discute sobre lo importante.

No estoy nada de acuerdo con la confrontación entre médicos de familia y enfermeras; porque tenemos que estar para trabajar y colaborar con el ciudadano. Todas las prestaciones y servicios sanitarios y la prestación farmacéutica debemos orientarlas desde la cooperación.

Mi postura personal al respecto es la siguiente: lo que va a regular esta disposición adicional en los tres anexos es que a la enfermera se le permita hacer uso de la prescripción-indicación. La enfermera está perfectamente cualificada para ello.

El anexo III desarrolla la indicación de fármacos que un usuario puede adquirir libremente en la farmacia y comprar sin receta. Mejor será que estén indicados por un diplomado que dentro de su programa de estudios incluye farmacología.

Por otro lado, hay una realidad que se puede o no normalizar y legislar: en atención primaria la enfermera colabora en la prescripción. Deberíamos decidir si se hace o no se hace.

Hay enfermeras que tienen una postura muy férrea, diciendo "yo no hago recetas", La verdad es que en mi área la mayoría de las enfermeras colaboran en su dispensación a los pacientes crónicos.

Sobre el material sanitario, efectos y accesorios, la enfermera tiene capacidad real sobre su gestión e indicación, por ejemplo en el caso de la incontinencia urinaria...

A.S-V: No, si el anexo II no genera problemas, ni el I tampoco, que es el de los podólogos.

J.C: Estoy de acuerdo con lo que han dicho Ángel y Juana.

Primero hay que analizar por qué esta situación plantea conflicto y por qué se plantean situaciones como las de los foros, incluso de pacientes, diciendo que se pone en peligro la propia estabilidad económica del sistema sanitario y que la seguridad de los pacientes va a correr peligro. Creo que se pone de manifiesto un desconocimiento absoluto, tanto de la norma como del trabajo que se hace, fundamentalmente en atención primaria.

Parece incomprensible que se tenga miedo de que la enfermería en algún momento adopte un papel que yo creo que se lo tiene más que de sobra ganado, tanto por el aspecto curricular como por el cumplimiento de su labor y su trayectoria dentro de las instituciones. Y sobre todo por el trabajo dentro de la atención primaria.

El punto de inflexión debe plantearse no solo en el contenido de los anexos, en los que se contempla que la enfermera puede prescribir medicaciones que ya están siendo prescritas y otras que son de mostrador y que pueden ser compradas en la farmacia, sino también en si la enfermera tiene o no capacidad de diagnóstico y tratamiento. Esto es lo importante. Dentro de sus habilidades, de los aspectos que puede diagnosticar o no y que es lo que puede tratar.

No se nos puede pasar por la cabeza que una enfermera pueda diagnosticar un Parkinson y lo trate o que en una consulta de crónicos de hipertensión arterial pueda cambiar el tratamiento y quite los betabloqueantes y añada un IECA. Esto no solo está fuera de la realidad sino de la idea de lo que la enfermería puede hacer con sus pacientes.

Quitando esto, que creo que es una manipulación de la información, nos debemos centrar en que para nuestras enfermeras, (independientemente de

que colaboren como decía Juana) se normalice la situación en la que están trabajando. Que de alguna forma realice el seguimiento del tratamiento indicado por el médico de familia y se cree una estructura en nuestro sistema de registro que permita que la enfermera haga continuación de los tratamientos. Pienso que el otro aspecto es el importante: que en patologías relacionadas con el cuidado de la enfermería, en la consulta diaria, ella es la que lo lleva adelante y puede indicar el producto que mejor le puede ir o la modificación del mismo a la hora de hacer un cuidado de una úlcera por presión, por ejemplo, y recomendar un apósito u otro.

¿Eso es un diagnóstico y la enfermera como tal puede hacer un tratamiento adecuado sobre el mismo?, yo creo que sí. Además, a mí, como gerente lo que me interesa es que los profesionales rindan lo mejor posible dentro de sus capacidades, y no se solapen actividades. Y que se contraigan responsabilidades por parte de la enfermera que pueden ser perfectamente asumibles y que deben serlo.

JJ.J: Estoy de acuerdo en lo que ha dicho Ángel. No ha habido posicionamientos en la realidad, por lo menos en mi área. En distintos foros de responsables de enfermería se ha sacado el tema, pero en los profesionales no ha calado este debate que está en la prensa "especializada".

El conflicto está suscitándose por lo que podríamos llamar prescripción enfermera. Estamos hablando de autorización o uso, no de prescripción de fármacos. Eso es ahora donde está la parte del conflicto.

Como dice Jorge hay un montón de cuidados que enfermería está prescribiendo desde hace mucho tiempo y que no son objeto de debate. No esta-

mos debatiendo si en un paciente hipertenso o diabético la enfermera está capacitada para aconsejar ejercicio, dieta, de eso no estamos hablando. El conflicto está surgiendo sobre si a la enfermera en esos casos le estamos dando capacidad para recomendar un medicamento.

Estamos hablando de recetas y de prescripción de medicamentos, no de prescripción de enfermería que yo lo veo como un aspecto más amplio y no solo de prescribir medicamentos que es lo que va a regular la orden ministerial. Es decir, que la enfermería tiene capacidad de prescripción amplia, porque diagnostica problemas, que se tratan con cuidados y, cuando es necesario, accesorios y productos.

El decreto creo que es positivo y debe salir adelante. Son temas con los que las enfermeras están tratando habitualmente, por tanto son claramente de su campo de competencia.

También puede haber enfermeras que pueden no estar de acuerdo y no quieren aceptar esta asunción de responsabilidad, porque también es más cómodo estar a la sombra de otros. Hago lo que me dicen y esa decisión, una valoración que me ha llevado a identificar un problema y, por lo tanto, a recomendar una pauta de cuidados donde a lo mejor además recomiendo un producto. Esa responsabilidad de que a lo mejor el que se equivoca soy yo y va con mi sello y mi firma. Llevamos muchos años de esa dependencia y de esa cultura, por lo que pienso que también habrá enfermeras a las que no les guste hablar de este tema.

ML.I: Desde el punto de vista de la gestión y de la dirección de personas, es importantísimo contar con las herramientas que posibiliten la responsabilidad de los profesionales. No cabe duda de que enfermería tiene competen-

cias para realizar prescripciones, y que el decreto sería una herramienta de facilitación y motivación para esto en lo que todos estamos empeñados: que cada uno asuma su responsabilidad. Por tanto, sí a la prescripción enfermera. Luego ya entraremos en cómo se regula, cómo se hace.

Por otro lado están los planteamientos entre distintas posiciones médico-enfermera y que tienen que ver con luchas de poder, que tienen una historia y un desarrollo.

Todavía leía yo el otro día como hay expresiones de alguna enfermera que decía: "si esto es para ayudar al médico, no". Entonces ¿qué ha pasado?, ¿qué está pasando? El médico de familia y la enfermera deberían ir juntos y sin embargo hacemos divisiones estancas entre ellos.

¿Qué responsabilidad como dirección e institución tenemos de que esto siga así? Y qué está pasando con todo lo del trabajo en equipo, de la colaboración de todos juntos. Hoy es enfermería y medicina, primaria y especializada. Mañana será otra cosa. Es una competencia de lucha, no de saber y que está acabando con el trabajo en equipo.

B.U: Ya se han dicho muchas cosas. La verdad es que a mí me parece, después de haber leído la disposición adicional, las opiniones y los documentos de los colegios profesionales, que toda esta polémica es un poco artificial, en la línea que apuntaba Juana sobre los colegios y la lucha de poder.

Creo que todo surge a raíz de la Ley del 2006 del medicamento, donde se dice que los únicos profesionales que pueden prescribir son los facultativos y odontólogos. Inmediatamente después, aparece una disposición adicional donde dice que aquellos mismos profesionales que indicaba la Ley que

no podían prescribir, sin embargo pueden prescribir. Es una incongruencia.

Lo que está haciendo el Ministerio es desarrollar una disposición que ponga solución a esta incongruencia, pues lógicamente los profesionales de enfermería, dirigidos por sus colegios, vieron que se estaban haciendo muchas cosas en muchos ámbitos que en ese momento caían en la ilegalidad.

Y es que estamos hablando de una prescripción que ya se está haciendo. Una enfermera está en un centro de salud y acude un niño y comprueba su calendario vacunal y decide lo que le falta y lo que no, coge la vacuna y se la pone. Y hay una infección en una herida y decide qué apósito le pone o no y hay un seguimiento del TAO y con el resultado del INR se sube o se baja la dosis, esto se está haciendo todos los días. Y de repente con la Ley del Medicamento, un montón de actuaciones caen en la ilegalidad. Yo creo que eso lo aprovechan los colegios para hacerse oír.

Cuando lees el desarrollo de la disposición y ves lo que pone dices: "y tanto ruido para esto", pero si esto ya se está haciendo.

El contenido del anexo III es irrisorio. Un vecino te puede aconsejar tomar un medicamento y esta Ley le dice a la enfermera que ya no puede recomendar un laxante, cuando el farmacéutico está haciéndolo todos los días y no solo él sino el que vende a su lado que no es farmacéutico.

Quiero decir, además, que en este tema se oyen posturas que parten de un desconocimiento absoluto de lo que es la práctica diaria. Las enfermeras en los hospitales siguen protocolos pautados: en un dolor posquirúrgico quien decide si te pone medicación o no es la enfermera.

He leído algún trabajo sobre lo que se hace en diferentes ámbitos profesionales de la enfermería, y las enfermeras de empresa están solas todo el día y continuamente pautando por lo menos analgésicos. En los cuidados paliativos las enfermeras del ESAD ajustan dosis. Es decir, esto es dar un amparo legal a lo que ya se está haciendo.

Evidentemente hay gente que no va a querer asumir esta responsabilidad: son los que no quieren asumir otras responsabilidades, igual que el médico de familia que no quiere asumir responsabilidades y deriva al especialista. Yo creo que las cosas las tienen que hacer, el que sabe, el que puede y por último el que quiere. Y el que no quiera no las hará jamás.

A.S-V: ¿Por qué creéis que se ha generado este conflicto? Me parece todo tan vacío, tan ajeno a la realidad.

J.C: El debate se genera con la propia palabra prescripción. Utilizamos la prescripción en muchas situaciones y, sin embargo, muchas veces no es la prescripción de un medicamento. Es decir, asociamos prescripción a medicamentos y hablamos de fármacos y parece que el único dueño de la farmacia es el médico. Si además hablamos de enfermedades, el médico se atribuye la exclusividad en el diagnóstico y en la capacidad para poner un fármaco.

Desde el punto de vista de la organización médica, dar a la enfermera la capacidad de diagnosticar parece que va asociado a que diagnostica lo mismo que esta diagnosticando el médico. Lo que hay que conocer es lo que la enfermera diagnostica, que son diagnósticos enfermeros y no plantearse que son diagnósticos médicos e invaden el campo médico.

La práctica médica lleva unido ese diagnóstico y tratamiento farmacológico

co en un porcentaje altísimo de casos, y por tanto algunos médicos piensan que se va a invadir la prescripción farmacológica de la cual el médico se considera el dueño.

ML.I: En uno de los países en los que existe prescripción enfermera, se ha comprobado que esta no llega al 1%, de todo lo que se prescribe. Además, hay estudios que dicen que de todos los errores en la prescripción, ninguno procedía del personal de enfermería.

Yo también pienso que el médico tiene una ganancia, no estamos inventando nada nuevo. La evolución de competencias de la enfermería se acerca en una parte a lo que siempre ha sido del médico. Naturalmente que hasta ahora el médico diagnosticaba catarro de vías altas y ahora lo puede hacer enfermería.

No se entiende que un diabético se pueda modificar su insulina si está adiestrado, y una enfermera no se la pueda modificar; es decir, que estamos dando a los ciudadanos, y debe ser así, herramientas para que ellos se puedan autorregular mejor su enfermedad, y sin embargo estamos cuestionando a la enfermera su competencia. Está cambiando dosis pero sin amparo legal, pues lo que se debería hacer es darle el amparo a lo que ya se hace y se sabe hacer.

J.M: En relación a lo que exponía Jorge, creo que todas las profesiones tienen capacidad de valorar, diagnosticar y tratar cada profesión en su ámbito.

La resistencia ante la palabra "diagnóstico" a mi me preocupa, pues un trabajador social, un fisioterapeuta o una enfermera valora, hace el diagnóstico y establece un plan de acción; por lo tanto, la palabra "diagnóstico" no es exclusiva de la profesión médica.

En el anexo III de la disposición adicional no se está hablando de que la en-

fermera prescriba, sino de hacer una orden de dispensación de fármacos que ya se dispensan libremente en las oficinas de farmacia. La enfermera que tiene hasta ahora tres años de carrera y próximamente cuatro, está perfectamente capacitada, dentro de los cuidados, a dar el tratamiento.

Yo creo que no tenemos que llegar a esta situación de conflicto de si una profesión solapa a la otra, ya que son ámbitos complementarios: el médico trata más desde el enfoque de la enfermedad y la enfermería desde el enfoque de los cuidados y de la respuesta de las personas a la enfermedad, al cambio de estilo de vida, al afrontamiento de situaciones; es decir, son perfectamente complementarios, y no se pisan unos a los otros.

Solo se pisan unos a otros cuando el punto de perspectiva es el de la competencia por el poder de unos sobre los otros. En definitiva, creo que leyendo todos los argumentos de unos y otros, estamos contemplando un pulso de poder, pero es que no estamos aquí para echar un pulso de poder. Yo lo enfocaría más en que la capacidad de diagnóstico la tenemos todos, porque "el profesional sanitario" valora, diagnostica e interviene.

B.U: Todo el conflicto se genera porque no pensamos realmente en el centro del sistema, y el centro del sistema es el paciente. La pregunta es: ¿la prescripción enfermera beneficia al paciente?, yo creo que claramente sí.

Dentro del ámbito de lo que llamamos prescripción enfermera, y la palabra prescripción se ha obviado de manera intencionada en el desarrollo de la disposición, el objetivo es que al paciente se le faciliten las cosas y si eso lo conseguimos cambiando el lenguaje, vamos a cambiárselo.

Lógicamente toda esa argumentación también la esgrime el Colegio de Enfermería porque en este momento tiene la razón de su parte. Pero también demuestran una postura interesada y oportunista los Colegios de Enfermería, porque no puedo comprender que estén defendiendo la prescripción y luego manifiesten que las enfermeras no pueden realizar lavados óticos. Pero lo cierto es que al paciente, en los supuestos en los que está contemplada la prescripción enfermera, se le beneficia claramente, pues el hecho de que un paciente no tenga que estar esperando para que el médico le firme una receta, para que decida que le sube una dosis o que se le cambia un fármaco o no, es beneficioso para él.

También al principio de la reforma de la atención primaria, cuando las enfermeras empezaron a tener sus propias consultas, también era como un sacrilegio que una enfermera le pudiera decir a un paciente lo que podía comer, el ejercicio que tenía que realizar o como se tenía que modificar la insulina, pues se suponía que eso solo lo podía hacer el médico.

Las enfermeras se sientan con el paciente e intervienen con él y eso ahora ya lo vemos muy normal, pero antes el único que podía dar consejos era el médico. Y ahora le toca al medicamento.

A.S-V: Me gustaría hacer un matiz y una reflexión. Se dice que la Ley debería estar en torno al ciudadano pero eso la Ley no lo dice, el objetivo de la Ley no es mejorar la atención de los ciudadanos sino facilitar la labor de los profesionales sanitarios. Este matiz hay que tenerlo en cuenta porque si nos confundimos nosotros mismos, no nos tiene que extrañar que otros también se confundan.

Hay determinados aspectos que el médico ni sabe ni se preocupa en saber.

Me refiero a productos como los geles y a los hidrocoloides. Si un paciente viene a curarse una úlcera cutánea, que no le pregunten al médico qué sustancia le pone o le deja de poner.

Por tanto, si se pretende facilitar la labor de los profesionales, facilítémosla. Ese es el objetivo del proyecto de la orden ministerial. No sé si mejorará o empeorará la calidad asistencial, aunque entendemos que sí, pero la orden no pretende eso.

ML.I: Siguiendo con lo que ha planteado Juana, creo que los mundos del médico y la enfermera no son tan redondos y tan aislados. Es más, creo que tienen una parte superponible.

No creo que al médico no le interese la respuesta emocional del ciudadano, al tratamiento, a su situación. Lo que sí sucede es que con los tiempos que corren y la escasez de tiempo para la consulta médica provoca que el médico se tenga que dedicar más al trabajo puramente técnico, al diagnóstico. Y también con la tranquilidad de que otras facetas están aseguradas con la persona al lado, que afortunadamente ha podido desarrollar más habilidades para ese campo.

Son facetas complementarias y en una parte superponibles. No me parecen dos mundos tan separados que es lo que me parece que enfermería ha tratado siempre de delimitar, marcando cuál es su campo; algo lógico y lícito, pero no en contraposición ni marcando tanto una raya limitativa.

J.M: Mi argumento iba más dirigido a todo el término del diagnóstico. Por otra parte estoy totalmente de acuerdo en que deben ir juntas las dos profesiones y ser complementarias. Yo quiero redundar en que lo de diagnosticar, no es solo del médico sino que hay otras profesiones que también diagnostican.

JJ.J: Efectivamente hay facetas en las que tenemos que trabajar juntos. Además como gestores debemos seguir trabajando en equipos de atención primaria. Pero precisamente porque hay equipo tiene que haber esa diferenciación. Es decir, si hay dos profesionales en un equipo se debe diferenciar cuál es el campo de competencias, aunque al trabajar en equipo hemos de complementarnos para que juntos prestemos el servicio de la mejor forma.

En ese sentido hay que esforzarse para que esa diferenciación no rompa ni fracture sino todo lo contrario, pero la diferenciación debe estar claramente definida.

Podría valer el símil de la orquesta. Para que suene bien una sinfonía donde hay diferentes instrumentos que interpretan cada uno su partitura, y cuando esto está diferenciado y se sabe lo que hace uno y lo que hace el otro. Cuando lo tocan juntos y en sintonía es cuando suena lo que queremos.

Entonces, creo que no es negativo y no se trata de fracturar porque las enfermeras hayamos buscado durante mucho tiempo definir nuestro ámbito de actuación. Porque además es una profesión joven con muchos cambios en 20 años y en la que ha sido difícil ir saltando de la comunidad a la prevención, a los diagnósticos, a la metodología, a la responsabilidad, a la independencia. Y que eso, desde mi punto de vista, no es que se vaya a decir esto es mío y esto es tuyo, y nos ponemos cada uno de espaldas y yo trabajo solo en esa faceta. Es decir que esto es lo que tú puedes hacer porque estas mejor capacitado para hacerlo y yo esto es lo que puedo hacer, y ahora además juntos vemos como trabajamos para esa persona y según lo que necesite que hagamos, pero también creo que es necesario pasar por esa faceta o fase de diferenciación.

ML.I: Me gustaría hacer referencia a un libro en el que el protagonista es un físico que dice que “el todo es la suma de las partes cuando estas se ignoran entre sí”. ¡Fijaos si además estas partes se mirasen! Aunque podría ser positivo o negativo según sea la mirada claro, pero creo que la frase tiene mucho que ver con lo que es el trabajo en equipo y también con lo que tiene de diferenciación y de solapamiento.

En relación a esto yo digo a mis equipos que, dependiendo de la situación, la misma cosa la tendrá que hacer uno u otro. Por eso no me gusta demasiado hacer hincapié en la diferenciación y sí me gusta lo del solapamiento. Por ejemplo, una cita para consulta, teóricamente la tiene que dar la unidad administrativa, pero si es una cita programada la debe dar el médico o la enfermera en su consulta. Luego la misma cosa la pueden hacer varias personas y será más eficiente que la haga uno u otro dependiendo de la circunstancia. Entonces eso de delimitar no lo veo.

Evidentemente la competencia de la profesión de enfermería va avanzando y entra naturalmente en el campo del de al lado que es el que la tiene hasta ahora, que es el médico.

¿Se quita una parte de competencia al médico? No, ni quitas ni pones. Sigue siendo de su competencia. Lo que pasa es que la enfermería aumenta su competencia y llega una fase de solapamiento, que es lo mismo que ocurre entre la auxiliar de enfermería y la enfermería. La auxiliar de enfermería no puede hacer electrocardiogramas, menos cuando sabe, que entonces la enfermera dice “delego en ti”.

A.S-V: En línea con lo que decía Marisa, el solapamiento “con límites”. En este caso los límites los marca el propio proyecto.

El valor del bolígrafo, sí, pero la orden ministerial en ningún momento dice que la enfermera pueda prescribir en una receta médica, porque la receta médica es un dispositivo que tiene una normativa específica y que solo es para el uso de médicos y odontólogos. Si la institución o el organismo competente quieren modificar esto, el cambio debe asociarse a un cambio de normativas.

No veo que esto que se ha publicado implique que las enfermeras vayan a prescribir en recetas médicas. Estamos hablando de otras cosas: porque el límite del propio proyecto lo marca la receta médica, porque son medicamentos que no van por receta médica.

Es verdad que la orden ministerial establece que tiene que haber una orden de dispensación que se llamará como sea, pero no receta médica puesto que esos medicamentos del anexo no pueden ser prescritos en receta médica.

B.U: Podemos hablar conceptualmente de lo que es la prescripción o indicación de medicamentos o de productos sanitarios por parte de la enfermería en general, o podemos hablar de lo que habla la orden, si nos fijamos en cada uno de los apartados de la orden y luego vemos lo que se está haciendo en otros países o los tipos de prescripción enfermera que existen, resulta que está todo incluido en esta orden.

Además define, en el anexo II, lo que se puede indicar a través de la correspondiente orden de dispensación, (que al fin y al cabo me da igual como se llame). Lo cierto es que con ese papel el paciente irá a la farmacia y allí le darán el medicamento, pagando o no, porque en la Ley de Medicamento del 2006 también se dice que está absolutamente prohibido que en las farmacias se dispense nada al cliente sin que esté indicado, cosa que ocurre todos los días. Se podrá llamar como se quiera pero una

orden de dispensación es una receta; entonces una cosa es hablar de la orden y otra es hablar de la prescripción enfermera.

Hay países donde la enfermería tiene un camino mucho más avanzado que aquí, como puede ser Inglaterra, donde hay unos centros de atención enfermera donde deciden, diagnostican y prescriben determinadas cosas. Tampoco los médicos de atención primaria pueden diagnosticar todo, por eso derivamos a atención especializada, porque no tenemos los conocimientos suficientes o los medios suficientes. Es más, en atención primaria los médicos no pueden recetar todo lo que quieren, pues hay medicamentos de prescripción hospitalaria que en ocasiones son medidas fundamentalmente económicas pero en otras ocasiones, no.

El médico de familia también debe saber dónde están sus límites y hasta dónde llegan sus competencias. En algunos países la enfermería maneja los mórficos en los pacientes terminales. Aunque aquí estamos muy lejos de llegar a esto, hay que estar abiertos a que en cualquier momento se pueda llegar a ello.

A.S-V: Se están poniendo en el debate temas sobre los que me gustaría dar mi punto de vista.

El Reino Unido en este sentido es un lugar idóneo para desarrollar todas estas cosas de las que estamos hablando, pues no solo hay centros enfermeros sino comunidades de enfermeras prescriptoras tituladas por las escuelas universitarias de enfermería. La responsabilidad que asumen estas enfermeras en el manejo de sus pacientes es directamente proporcional a su nivel de autonomía.

En este sentido, ya no hay que plantearse la prescripción colaborativa o la

prescripción delegada. Autonomía y responsabilidad, pero desde mi punto de vista la profesión enfermera de nuestro sistema nacional de salud está a años luz en ese sentido, no sé si por formación o por asunción de responsabilidades.

J.C: Fijaros que todo se centra en lo que hemos dicho al principio. En un momento determinado las organizaciones que parecen estar en contra de la prescripción enfermera, reconozcan a la enfermera la capacidad de hacerlo. Si esto no se le reconoce a la enfermera y la Organización Médica Colegial dice que la prescripción de medicamentos forma parte inseparable del acto médico y que por ello está reservada exclusivamente para el ejercicio profesional del médico, si se plantea como dogma de fe, cualquier otro profesional no puede hacer absolutamente nada en relación a todo esto. Plantearse si la enfermera puede prescribir no se le pasa a nadie con esas ideas por la cabeza.

Dentro de su ámbito profesional y según va avanzando, la enfermera va adquiriendo una mayor capacitación y va haciendo cada vez más actividades que antes ni se planteaban. Naturalmente que hace diagnósticos, valora pacientes y lleva unida la prescripción, sea farmacéutica o no sea farmacéutica. Es decir que todo pasa por reconocer la capacidad de poder o no poder hacerlo.

JJ.J: Para puntualizar un poco lo que comentó Ángel de que ahora estamos a años luz de las enfermería en el Reino Unido, quisiera decir que es por muchas cosas. En este sentido tiene mucho que ver el bagaje formativo que hemos tenido hasta hace 7 ó 10 años, pues el profesorado en las escuelas de enfermería era personal médico y la incorporación de profesores con titulación de enfermería ha sido muy reciente.

te. Esto desde luego nos aleja a cómo es la formación en el Reino Unido. La falta de especialización en enfermería comunitaria también. Es decir, son muchas cosas que hacen que estemos lejos de como se configura la enfermería en Inglaterra.

ML.I: En otros países como Suecia, a quien tienen en primera línea en atención primaria es a enfermería. Allí es mucho más difícil llegar a ver al médico, pero como dice Juanjo la formación es diferente.

Tampoco aquí todos los enfermeros están capacitados para esa atención. La enfermería también es consciente de sus limitaciones de formación. Esto no quiere decir que la profesión no deba avanzar y progresar aumentando sus competencias. Hay nuevas generaciones, gente entusiasmada como, por cierto, hemos visto en las incorporaciones de la OPE extraordinaria, con los que estamos encantados, gente cualificada y con ganas de hacer cosas nuevas. Pero evidentemente no todos estamos en el mismo nivel. La profesión debe ir avanzando para que cada uno tenga su nivel de responsabilidad que debe ser nuestro objetivo.

B.U: Respecto al tema de la capacitación y formación, en Inglaterra, para que una enfermera pueda ser prescriptora debe hacer un curso de una duración determinada, llevar 3 años colegiada, es decir cumplir una serie de requisitos y de esa manera te capacitan para poder indicar una serie de medicamentos en unos campos determinados.

Los médicos en la carrera estudiamos farmacología y luego una serie de enfermedades y nos dicen pues esto se trata con esta cirugía o con este medicamento. Nos indican unos principios activos que hacen unos efectos en una enfermedad. Siendo realistas, no nos

enseñan a prescribir, igual que no nos enseñan a hacer una entrevista clínica porque además estudiamos en un medio hospitalario y todo lo que se hace en la primaria lo aprendemos como autodidactas en nuestro trabajo, o sea que realmente no nos enseñan a prescribir.

El proceso de la prescripción comprende 18 pasos. Entonces los médicos deberíamos tener un curso para prescribir. Lo digo porque estamos hablando de la capacitación y en nuestra profesión no nos evalúan para saber si mantenemos nuestras capacidades y habilidades.

Con respecto a la enfermería hoy en día hay profesionales que quieren ir más allá de lo que hacen y otras que quieren ir a menos, y seguro que hay profesionales en la base, tanto médicos como de enfermería, que no saben de que se habla cuando se plantea el tema de la prescripción enfermera.

Pero además se ha descrito el beneficio para el paciente con la prescripción enfermera, pero también se describe como beneficio de la misma, la disminución de las cargas de trabajo del médico. Esto se contempla en muchos documentos, porque las necesidades de cuidados han variado y el médico está inmerso en una serie de actividades que le impiden realizar otra labor más propia de su profesión, como es la de llegar a diagnósticos más complejos que impidan la derivación a especializada. Todo porque se dedica más tiempo a problemas de salud que pueden ser vistos en enfermería incluso con su prescripción.

El paciente se beneficiaría por varias razones, pero entre ellas está el beneficio en el trabajo del médico.

ML.I: La discusión de los distintos colectivos que trabajan en atención pri-

maria, sigue siendo la misma: los médicos, la presión asistencial; la enfermería su identidad como enfermería y el desconocimiento de su trabajo por el resto y las unidades administrativas la precariedad y la falta de trabajo de equipo.

Digo esto por el discurso del desconocimiento del trabajo de enfermería que llevamos como 20 años discutiendo, Después de tanto tiempo es difícil pensar que todavía se argumente que los demás desconocen el trabajo de las enfermeras. Quizás a la enfermería le ha faltado aliarse con los médicos y las alianzas son fundamentales en un trabajo de equipo.

J.M: Creo que hay un tercer debate. Como se sabe, las organizaciones colegiales están haciendo incluso un tema político de esto y si se dedican a utilizar este tema como arma arrojadiza política, en lugar de discutir sobre el tema desde un punto de vista meramente profesional, las dos organizaciones librarán un pulso de poder.

Hay otro nivel de discusión que es el de la gestión y el punto de vista de los directores de enfermería, en el que todos estamos de acuerdo en relación a lo que es la tecnología del cuidado y dentro de la tecnología del cuidado está la indicación de todos estos productos sanitarios que ya se están utilizando para cuidar. Si estamos dando cuidados, cómo no vamos a indicar un tipo de bolsa de colostomía, por ejemplo, o un absorbente de incontinencia a un incontinente; esto es la tecnología del cuidado y esto no se aprende en la carrera ni te capacitan para ello. Es algo que se aprende después, porque la tecnología avanza y cambia rápidamente.

Los directores de enfermería lo tenemos clarísimo y tenemos una visión de la enfermería moderna, avanzada, responsable y capacitada para todo lo

que es tecnología del cuidado, (hablo de efectos y accesorios), La enfermera es la que sabe y tiene los conocimientos para indicar un tipo u otro de tecnología; en el nivel de primaria esto está superado, pero en los hospitales no ocurre lo mismo, ya que si llega una indicación del cirujano plástico o vascular sobre un apósito, la enfermera no puede cuestionar esta prescripción aunque objetivamente sea mejorable. Lo digo porque el tipo de relación entre la enfermera de primaria y el médico de familia todavía no se ha conseguido en los hospitales; por lo tanto, dentro del mundo sanitario estamos en diferentes niveles de discurso en este tema.

JJ.J: Yo creo que no hay debate con el contenido de la orden porque no se conoce por los profesionales de los equipos. No se conoce lo que esta saliendo en la prensa especializada amarilla, no se sabe el discurso de las organizaciones colegiales, ese debate que estamos teniendo en las gerencias o en las sociedades científicas, es el que no está trasladado al centro de salud, pero en el centro de salud es donde está la pelea de esto no lo hago yo o lo haces tú, la pelea es la que está en el centro de salud pero no la discusión del problema. Se han introducido dos elementos interesantes, el de las alianzas entre la enfermería y los médicos y el del poder del médico.

El pensamiento tradicional que se basaba en que como el médico puede todo, es el que dicta todo. En esto hemos tenido gran responsabilidad todos los que trabajamos en esta organización y desgraciadamente se ha potenciado.

Un ejemplo reciente es el de la *Guía para la atención de la osteoporosis* en el que han intervenido en su elaboración ginecólogos, médicos de familia, reumatólogos, traumatólogos y farmacéuticos, y no hay ninguna enfermera.

Sin embargo, hay un capítulo entero y bastante extenso sobre el tratamiento no farmacológico y donde se dice que hay que dar educación para la salud, cuáles son los cuidados y los consejos. Cuando ha llegado el documento a las gerencias hemos planteado que esta parte la tienen que realizar las enfermeras. Entonces ¿por qué la enfermera no participa en la elaboración?, ¿por qué no les preguntamos a las enfermeras cual debe ser el consejo, la valoración del riesgo, etc.?

Resulta que también desde las organizaciones se excluye a la enfermería. Y ahora dice la enfermería, "vamos a hacer determinadas recetas" y sale un clamor médico diciendo que "no" y dan ganas de decir pues nada ya nos dedicaremos a lo que podamos y nos guste. Como el ciudadano tampoco nos demanda nada personalmente y los gestores tampoco lo tenemos claro, los anticuerpos que produce la descarga del trabajo del médico vienen de todo esto y así las alianzas son difíciles.

ML.I: Sigo abogando por la necesidad de las alianzas para poder avanzar. Si ahora mismo todos los médicos del mundo dijese "no a la prescripción enfermera, que la receta es del médico", y no hubiese una brecha abierta en un sector médico diciendo que la enfermería tiene competencia para prescribir determinados principios activos o productos, la enfermería, lo tendría muchísimo más difícil para poder poner una pica en el tema.

B.U: Ahora mismo, creo que para que la enfermería avance en este tema uno de los obstáculos que tiene que vencer está en la propia enfermería, o un sector importante de la enfermería. Ya estamos cansados de oír la pregunta de cuál es el papel de la enfermería en atención primaria. El papel debe ser el de hacer todo lo que sepa hacer y de esta forma es como un profesional se

hace imprescindible: pensando siempre en el beneficio del paciente. En este aspecto creo que algún sector de enfermería puede ser un obstáculo.

Por otra parte los directivos debemos ser un ejemplo y reflejo de lo que estamos predicando y el papel de la dirección de enfermería debe tener el protagonismo que le corresponde por los conocimientos y experiencia que tiene en determinados temas y complementarse entre sí los trabajos de los médicos y de las enfermeras haciéndolo visible desde la Dirección, dando los mismos mensajes.

A.S-V: Es en este foro de directivos en el que tenemos como obligación marcar el camino.

Hay algo importante que ha dicho Juaní, y es que las once directoras de enfermería, tenéis una visión avanzada de la profesión enfermera. En esto como en otras muchas cosas hay que abandonar los mensajes victimistas en los que una vez más se ha caído. La enfermería debe dejar de ser el hermano pobre de la relación médico-enfermera, pero esto hay que trabajarlo con todos los profesionales de enfermería.

J.C: Desde la propia organización se ha hecho flaco favor a los directivos enfermeros. No se exactamente por qué, pero la participación por parte de las direcciones de enfermería en los foros de toma de decisiones, así como en la misma firma en ausencia del gerente o en otras cuestiones y su participación para definir líneas de actuación han sido mínimas. Y ha sido tradicionalmente así. Por esto creo que no es que sean victimistas sino que es una realidad.

Bien es cierto que la direcciones de enfermería se han acomodado en las gerencias y se han limitado en ocasiones a reunirse con sus enfermeras para

hablar de sus problemas. Esto como consecuencia de la actitud de la organización, olvidando el papel que debería de jugar en los equipos directivos.

B.U: Quizás el principal obstáculo para desarrollar la prescripción enfermera sea la propia enfermería, porque nuestra visión y ganas de que las cosas sean de una determinada forma es una, pero la realidad es otra.

Los médicos deben madurar y desprenderse de muchos galones, pero también la enfermería se tiene que quitar muchos complejos y tiene que asumir muchas responsabilidades. Estoy segura de que muchas enfermeras no querrán coger un talonario de recetas de enfermería porque no quieren asumir responsabilidades, para huir de los riesgos que conlleva la toma de responsabilidad. Esto implica madurez y creo que nos queda mucho camino...

JJ.J: Estoy de acuerdo en que hay que quitarse complejos y asumir responsabilidad. Recientemente una enfermera me planteaba que no iba a entregar recetas en su consulta. Lo siguiente es esperar que esa enfermera tenga tan claro lo que tiene que hacer, como tiene lo que no tiene que hacer. Con su trabajo debe anular el discurso de que como no hace recetas ya no tiene nada que hacer.

De todas maneras, insisto, te sientes muy mal cuando se llama a una reunión de gerentes y directores médicos para decidir cómo se pone en marcha un proyecto que, en parte, tienen que hacer las enfermeras, Yo creo que la dirección de enfermería tiene algo que decir y debe ser implicada en ello...

ML.I: Estoy de acuerdo con Juanjo: la organización no puede tener unos directivos e ignorarlos. Los médicos somos los llamados desde el puesto de gerente y de director médico y desde

ese posicionamiento es fácil decir que los directores de enfermería no se sientan agraviados, porque vayamos a contarles todo. Hay que contar con la dirección de enfermería desde el principio.

Javier Elviro: Quería aclarar la opinión de Albert Jovell sobre la prescripción enfermera, pues puede inducir a una mala interpretación.

Albert resalta que la prescripción enfermera puede cambiar la percepción que tiene el enfermo de la situación y relaciones con los profesionales. Algo que es crítico, porque el cambio en la prescripción de un paciente puesto en Atención Especializada, puede llegar a romper la confianza del paciente y esta norma puede ahondar en ello. Ninguna cosa de estas puede ser utilizada como una autoafirmación de los profesionales a través de una debilidad mayor del paciente.

María Jesús Calvo: Tenemos una sociedad dicotomizada en la que por un lado hay profesionales y ciudadanos con una visión más avanzada de la sociedad en la que damos cabida a que cada uno tenga su espacio sin necesidad de dar codazos al otro ni pisarle.

Ya que hay hueco para todos y además tenemos un objetivo común que es el ciudadano. Si tenemos ese respeto a la profesión de cualquiera y con el objetivo común, la respuesta es sencillísima, no tendría que haber discusión ni cabida a posicionamientos de colectivos que defienden intereses particulares que ya solo por eso se descalifican.

Centrándonos en el respeto profesional, la enfermería no debe estar supeeditada a nadie, lo que debe hacer es complementar todo aquello que es necesario para cubrir las necesidades en salud que tiene el ciudadano y en la que intervienen otros profesionales y

que tan imprescindibles son unos u otros. Si existiese ese respeto creo que estaríamos todos de acuerdo.

J.M: Si esto sigue adelante y se aprueba, las principales resistencias estarán en la propia enfermería. Porque hay una realidad, y es que las mayores resistencias para los avances de la profesión enfermera están en el propio colectivo, porque sino ya habríamos avanzado más.

Si se aprueba, habrá que trabajar mucho desde los equipos directivos para que la enfermera vea esta competencia como la gestión e indicación de la tecnología del cuidado. Hay un grupo importante de enfermeras que ya lo está haciendo, con el reconocimiento de los pacientes y de los propios compañeros, pero hay un grupo importante que no lo ve así. Habrá que trabajar en la gestión del cambio.

JJ.J: En relación al tratamiento del paciente crónico, el papel de enfermería es fundamental, ya que cada cierto tiempo se debe verificar que el paciente se está tomando el medicamento y que sabe como hacerlo, que no hay efectos secundarios. Es decir, evaluar una serie de criterios para poder decir que puede continuar con el tratamiento y la enfermera da su visto bueno para que haya continuidad en el tratamiento.

B.U: Si esto no sigue adelante y no se aplica la norma, no pasará nada porque afortunadamente la mayoría de los profesionales son responsables y seguirán actuando como hasta ahora.

J.C: Yo creo que lo que pasaría es que se pierde una nueva oportunidad de consensuar inteligentemente un avance importantísimo para el paciente en poner la Ley y modularla como es más útil, y que esos aspectos de competitividad pasen a un segundo plano. Es un

paso más para que el paciente pueda tener de referencia a su enfermera, porque sabe que su enfermera le podrá solucionar su problema y que esta no tenga su trabajo infrautilizado.

ML.I: Si no sale adelante, el discurso general de la enfermería se puede agravar, ya que se puede atribuir a que unos señores, que son médicos, impiden su avance y esto en el día a día puede afectar a la relación en el trabajo entre compañeros.

B.U: El hecho de que se apruebe la norma tampoco garantiza nada, ya que las cosas las hace el que sabe, el que puede porque la Ley se lo permite y el que quiere, porque el que no quiere no lo va a hacer.

J.M: De todas formas, ahora lo más importante es que, si no sale adelante la norma, la enfermería tendrá que hacer lo que esta haciendo hasta ahora, porque es lo que le está pidiendo la sociedad en este momento. Si está regulado o no, la enfermera tendrá que seguir haciendo lo que el ciudadano le demanda. Al final, todo llega, cuando es razonable, se cae por su propio peso.

Si vemos los anexos, prácticamente todo lo que reflejan, lo hace ya la enfermera.

J.C: Efectivamente el cambio llegará, aunque no sé en cuanto tiempo. Hasta hace poco, incluso para las curas, las enfermeras llamaban al médico para que le indicase como se debía de curar. Si al final se produce el cambio puede pasar bastante tiempo porque tiene un colectivo enfrente que no quiere que se produzca el cambio. No sé por qué, pero es así.

B.U: Yo quiero insistir en que la norma lo único que hace es dar soporte legal a lo que ya se está haciendo, porque

una parte de la Ley del 2006 del medicamento dice que los únicos que pueden prescribir son los médicos y los odontólogos, de modo que hay casi un centenar de actuaciones de enfermería que se quedan en el vacío legal, y entonces las organizaciones de enfermería pueden decir " pues mire ya tengo la excusa para no hacerlas", y el Ministerio se agarra a la disposición para que la enfermería pueda tener ese soporte legal.

Si nos ponemos a analizar lo que la enfermera hace en otros ámbitos vemos que por ejemplo, una matrona en atención primaria prescribe en el embarazo y la lactancia: minerales, vitaminas, antiácidos, antieméticos, inhibidores de la lactancia, analgésicos, complementos dietéticos en la menopausia y por vía tópica pauta antihemorroidales, antiestrias, microenemas para estreñimiento, tratamientos para pruritos vulvares, cicatrizantes, medias de compresión. Y además, cuando una embarazada tiene una infección, le indica que tipo de antibiótico puede o no tomar, y todo esto ya lo está haciendo. Ahora solo necesita el respaldo legal de la firma del médico para que si pasa algo haya un responsable. Solo para aquellos medicamentos financiados. En el caso de los medicamentos no financiados, la mujer embarazada acude a la farmacia y los compra porque la matrona se lo ha indicado.

Para llegar a la situación del Reino Unido hay que dar bastantes pasos y además yo creo que no está en contra el colectivo médico. También creo que si no sale adelante la norma, por beneficio del paciente se seguirá haciendo lo mismo que hasta ahora.

Moderador: Como colofón del debate, nos gustaría una última y breve opinión sobre si al final se aplicará o no la orden ministerial.

A.S-V: Como resumen diría que la orden va a salir adelante. Quizás el Consejo General de Enfermería y la Organización Médica Colegial tengan que modular algunas de sus posturas y el Ministerio tendrán que hacer lo que tenía que haber hecho desde el principio en su papel de arbitraje. Pero saldrá adelante y me parece que es una buena herramienta para la visión avanzada de la profesión enfermera.

J.M: Yo también creo que va a salir y estoy de acuerdo en que la enfermera pueda prescribir en estos supuestos.

J.C: Creo que debería salir y es el paso necesario para llegar a la mayor capacitación y responsabilidad del profesional de enfermería.

JJ.J: Debe salir adelante porque es bueno para el paciente, para la enfermería y para el médico.

ML.I: No será el primer país que lo pone en marcha, hay experiencias y adelantarnos para avanzar en las competencias de enfermería es bueno para el paciente y creo que es mejor hacerlo antes que después.

B.U: También creo que debe salir y será el primer paso para seguir avanzando, pero para ello debemos ser abiertos de mente, pensar en el beneficio del paciente y olvidarnos de corporativismos.

Moderadores: Tras las opiniones vertidas, podemos destacar el acuerdo casi unánime en cuanto a lo que recoge la Ley 29/2006 de 26 de julio de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios en su art. 77, disposición adicional duodécima, que actualmente se encuentra en fase de análisis y elaboración.

El tema debatido a dado pie, no solo a poner sobre la mesa el tema de la pres-

cripción enfermera, sino a analizar el trabajo de los equipos de atención primaria y sus relaciones interprofesionales. En este sentido, es coincidente la opinión de que la enfermera es quien satisface, junto con otros profesionales, las necesidades en materia de salud de los ciudadanos a través de la dispensación de cuidados enfermeros y colaborando en la prevención, la promoción, el tratamiento, la rehabilitación, garantizando la continuidad asistencial.

También, durante la discusión, se ha precisado algún matiz de calado, que está más en relación con las competen-

cias profesionales y el nuevo rol que la enfermería viene desempeñando en los últimos años. En esta nueva figura profesional, se va dejando de ser un simple colaborador del médico para pasar a trabajar más directamente con el ciudadano y así asumir más responsabilidad en el proceso salud-enfermedad.

Sin duda, este nuevo reparto de responsabilidades hará que en el equipo de trabajo de atención primaria estén mejor distribuidas las cargas de trabajo y, por tanto, que nuestro sistema de salud sea más eficiente.