

REFLEXIONES Y PROPUESTAS SOBRE ENFERMERÍA



Asociación para la Defensa
de la Sanidad Pública de Madrid





ÍNDICE





INTRODUCCIÓN

La profesión de Enfermería es uno de los recursos fundamentales con los que cuenta el sistema sanitario y, por tanto, la sociedad para el fomento y la promoción de la salud, y la atención a la enfermedad. De su desarrollo profesional depende que la atención sanitaria a la población sea de la mayor calidad posible.

Conscientes de los cambios que están produciéndose a nivel académico y profesional en relación con dicha profesión y de las repercusiones que pueden tener en el futuro, un grupo de enfermeras hemos elaborado un documento que sirva de base para un debate de trabajo.

Este documento es el que presentamos a continuación. En él tratamos los temas que nos parecen más importantes en el momento actual: el grado, las especialidades y la prescripción enfermera. Todo ello sin menoscabo de que en el futuro podamos analizar otros que se consideren de interés.

Exponemos cada tema de forma breve, con sus fuentes bibliográficas y algunas preguntas que nos sugiere, sobre todo, en cuanto a su aplicación práctica y desarrollo. Con ello lo que pretendemos es favorecer y enriquecer el debate.

Hay que tener en cuenta que el desarrollo de la enfermería está estrechamente ligado al del sistema sanitario público de cobertura universal y con una visión integral de la salud y sus necesidades de atención. Una visión mercantilista de la provisión de servicios sanitarios significa un retroceso del papel de la enfermería y de los cuidados, y una vuelta a una visión medicalizada y hospitalocéntrica de la sanidad con la que no podemos estar de acuerdo, sobre todo porque supondría un retroceso en los niveles de salud de la población.

*M^a Luisa Fernández Ruiz, Araceli Ortiz Arteaga, M^a Jesús Martínez Sanz,
Raquel Bernardino, Francisca Fernández Calvo y Susana Blázquez
enfermeras de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid (ADSPM)*

Con la colaboración de Sergio Fernández Ruiz, vicepresidente de la ADSPM



GRADO EN ENFERMERÍA Y TRABAJO POR COMPETENCIAS

INTRODUCCIÓN

El cuidar a otras personas ha recibido a lo largo de la historia multitud de denominaciones: desde sangradores, sanadores, practicantes, parteras, etc., hasta ATS, título creado en 1953 y que con el paso del tiempo el Ministerio de Educación quería rebajar a Formación Profesional. De ahí resultó la lucha por mejorar por parte del colectivo de Enfermería hasta que se incluyera su estudio como universitario. No será hasta 1977 cuando esta profesión se incorpora a la Universidad mediante la Diplomatura en Enfermería. Y con los años, los enfermeros que estaban subordinados a las decisiones y a las órdenes de los médicos, y que tenían funciones técnicas, fueron luchando para tener una identidad y terminología propias, fueron adquiriendo herramientas y una autonomía para trabajar y realizar planes de cuidados que se pudieran evaluar. Los diplomados en Enfermería pasaron a tener un cuerpo de conocimientos propio.

La reforma universitaria surgida de los acuerdos de Bolonia de 1999 supone importantes cambios para la Enfermería, sobre todo en cuanto a su plan de estudios, pues ha pasado de ser una diplomatura a un grado.

La Universidad española está sujeta a un proceso de cambio para adaptarse al nuevo Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). Supone modificaciones en todos los estudios superiores y un cambio de mentalidad por parte de alumnos y profesorado. Es un cambio impuesto, no elegido por parte de los estudiantes o de los profesionales.

En el campo de la Enfermería hay que tener en cuenta una diferencia fundamental con los estudios de DUE, mientras en estos la evaluación se hacía por conocimientos, en los estudios de grado, la evaluación se hace por competencias. Por tanto, el aprendizaje, de acuerdo con lo que propone el EEES, será por competencias.

En las distintas asignaturas, tanto en lo que se refiere a su vertiente teórica como práctica, se adquirirán los conocimientos y habilidades necesarias para alcanzar el nivel de aprendizaje exigido en el EEES. La adaptación a lo exigido “obliga” a evaluar a los estudiantes según las normas europeas, lo que se va a traducir en el trabajo por competencias.

El concepto de trabajo por competencias es nuevo para los profesionales actuales, y se acerca a la idea de que lo que se trabaja debe estar registrado, ser medible y evaluable.

Se puede definir competencia como el conjunto identificable y evaluable de conocimientos, actitudes, valores y habilidades relacionados entre sí que permiten el desempeño satisfactorio del trabajo.



El apartado 3 de la Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de enfermero (BOE 174, de 19 de julio de 2008) establece que las competencias que los estudiantes de Enfermería deben adquirir son:

1. Ser capaz, en el ámbito de la enfermería, de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en las normas legales y deontológicas aplicables.
2. Planificar y prestar cuidados de enfermería dirigidos a las personas, familia o grupos, orientados a los resultados en salud evaluando su impacto, a través de guías de práctica clínica y asistencial, que describen los procesos por los cuales se diagnostica, trata o cuida un problema de salud.
3. Conocer y aplicar los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de la enfermería.
4. Comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural.
5. Diseñar sistemas de cuidados dirigidos a las personas, familia o grupos, evaluando su impacto y estableciendo las modificaciones oportunas.
6. Basar las intervenciones de la enfermería en la evidencia científica y en los medios disponibles.
7. Comprender sin prejuicios a las personas, considerando sus aspectos físicos, psicológicos y sociales, como individuos autónomos e independientes, asegurando el respeto a sus opiniones, creencias y valores, garantizando el derecho a la intimidad, a través de la confidencialidad y el secreto profesional.
8. Promover y respetar el derecho de participación, información, autonomía y el consentimiento informado en la toma de decisiones de las personas atendidas, acorde con la forma en que viven su proceso de salud-enfermedad.
9. Fomentar estilos de vida saludables, el autocuidado, apoyando el mantenimiento de conductas preventivas y terapéuticas.
10. Proteger la salud y el bienestar de las personas, familia o grupos atendidos, garantizando su seguridad.
11. Establecer una comunicación eficaz con pacientes, familia, grupos sociales y compañeros y fomentar la educación para la salud.
12. Conocer el código ético y deontológico de la Enfermería española, comprendiendo las implicaciones éticas de la salud en un contexto mundial en transformación.
13. Conocer los principios de financiación sanitaria y sociosanitaria y utilizar adecuadamente los recursos disponibles.
14. Establecer mecanismos de evaluación, considerando los aspectos científico-técnicos y los de calidad.
15. Trabajar con el equipo de profesionales como unidad básica en la que se estructuran de forma unidisciplinar o multidisciplinar e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales.
16. Conocer los sistemas de información sanitaria.
17. Realizar los cuidados de enfermería basándose en la atención integral de salud, que supone la cooperación multiprofesional, la integración de los procesos y la continuidad asistencial.



18. Conocer las estrategias para adoptar medidas de confortabilidad y atención de síntomas, dirigidas al paciente y familia, en la aplicación de cuidados paliativos que contribuyan a aliviar la situación de enfermos avanzados y terminales.

Para poder adaptar los antiguos planes de estudio de DUE al actual plan de Grado en Enfermería, con las competencias exigidas en el EEES y que se detallan en la orden ministerial arriba citada, se han tenido en cuenta las necesidades sociales, el perfil de los profesionales de enfermería y el rol que estos deben desarrollar en la sociedad.

El perfil profesional se extrajo del resultado de encuestas hechas a los enfermeros de España y Europa (proyecto TUNNING), con el fin de llegar a un perfil común europeo, unificando créditos de enseñanza y nivelando títulos, con lo que se llega a que todas las universidades europeas tienen unos requisitos iguales y el título se equipara entre ellas.

PLAN DE ESTUDIOS DUE UNIVERSIDAD PÚBLICA 2001						
CURSO	MATERIAS TRONCALES	MATERIAS OBLIGATORIAS	MATERIAS OPTATIVAS	CRÉDITOS LIBRE CONFIGURACIÓN	TRABAJO FIN DE CARRERA	TOTALES *
1º	53	9	0		0	62
2º	66,5	4,5	0		0	71
3º	56	13,5	0		0	69,5
TOTAL	175,5	27	0	22,5	0	225 *

* En el total se incluyen los créditos de libre configuración y los créditos correspondientes a las prácticas externas.

PLAN DE ESTUDIOS GRADO EN ENFERMERÍA UNIVERSIDAD PÚBLICA 2011						
CURSO	FORMACIÓN BÁSICA	MATERIAS OBLIGATORIAS	MATERIAS OPTATIVAS	CRÉDITOS LIBRE CONFIGURACIÓN	PRÁCTICAS EXTERNAS	TRABAJO
1º						
2º						
3º						
TOTAL	60	84	6	84	6	240

Por fin, podemos ser o somos GRADUADOS. Debemos ser conscientes de que en los primeros planes de estudios de DUE el total de créditos docentes superaba en 3 años a los que actualmente se requieren para la obtención del título de GRADO en 4 años. Tal vez fue con el afán de formar a un buen profesional, lo que creo que se consiguió, pero necesitó del desarrollo posterior de la profesión de DUE y de la incorporación de los DUE como docentes para que el contenido de su formación fuera realmente enfermero.



Ahora nos toca, según el plan Bolonia, ser competentes y, por tanto, ser realmente autónomos en lo que nos es propio. ¿Cuál es el contenido de los diversos planes de estudios homologados? Seguro que incluyen formación en farmacología, terapéutica física, gestión, investigación, pedagogía, psicología...

¿Qué debe implicar la titulación GRADO en ENFERMERÍA?

- Claras competencias; están definidas legalmente.
- Autonomía profesional y académica.
- Acceso a la formación máster, al doctorado y, por tanto, a la docencia a cualquier nivel de la escala universitaria (profesor adjunto, catedrático...).
- Posibilidad de tener facultad propia (en algunas universidades de “prestigio” estamos dentro de la Facultad de Medicina y dependemos de su decano), acceso a ser decanos, rectores,...
- Acceso a la investigación a pleno nivel.
- La prescripción de aquellos productos (físicos, biológicos, químicos...) necesarios para ejercer nuestra profesión, muchas veces derivados de competencias que se reconocen como propias del graduado enfermero.
- Gestión de los servicios que prestamos como profesional individual o como equipo/servicio enfermero.
- Retribuciones adecuadas al nivel y responsabilidad, respetando criterios de equidad con respecto a otras profesiones.
- Posibilidad de un mayor desarrollo profesional (carrera profesional...).

Un tema pendiente de dilucidar es el de la homologación de DUE a GRADO.

BIBLIOGRAFÍA

1. Curso de grado de enfermería. Aprender a enseñar para enseñar a aprender. Edición 74. Agencia Laín Entralgo. Madrid 2011.
2. ADSP: Debate sobre enfermería. Madrid 1990.
3. Universitat Internacional de Catalunya: Grado en Enfermería. Disponible en: <http://www.uic.es>
4. Lapetra I: El Gobierno aprueba las reglas del juego del nuevo doctorado. Enfermería Facultativa;2011, 144:10-11.
5. Orden 31 de octubre de 1977, BOE 283, 26/11/1977: 25987-9.
6. RD 1466/1990, de 26 de octubre de 1990, BOE 278, 20/11/1990: 34410-1.



ESPECIALIDADES DE ENFERMERÍA

CONTEXTO HISTÓRICO

Desde el punto de vista histórico, la especialización en el ámbito de la Enfermería no es un fenómeno nuevo. Ya en los comienzos de la Enfermería profesional moderna se reconoció que las necesidades de los diferentes pacientes y/o clientes requerían la disponibilidad de profesionales con conocimientos más amplios y profundos que no podían obtenerse únicamente mediante un programa básico.

Han existido, sin embargo, diversos movimientos con acento en la especialización funcional, como la administración y la enseñanza y la planificación, pero afortunadamente ha predominado el desarrollo de la especialización en los ámbitos clínicos del ejercicio profesional, cuya responsabilidad primordial es la mejora continua de la calidad de la atención de enfermería a las personas/pacientes, a las familias, grupos y comunidad, especialmente en situaciones complejas de salud o enfermedad y de alto riesgo que requieren conocimientos especializados para dar una atención eficaz.

Las especialidades en Enfermería son siempre algo dinámico. Al igual que la enfermería, las especialidades tienen que estar en continua adaptación a las necesidades de la profesión y de la sociedad. Hay que recordar que profesiones sanitarias hoy independientes de la Enfermería, hasta hace poco tiempo eran especialidades de enfermería (fisioterapia, podología...). Un sistema de especialidades nunca puede considerarse algo acabado, siempre es mejorable.

Pero a más de seis años de promulgado el decreto de Especialidades, sí debemos cuestionarnos la dirección del mismo. Mantiene determinadas especialidades “tradicionales” (las distintas regulaciones las mantienen) como son Enfermería Obstétrico-Ginecológica, de Salud Mental, Geriatria..., a la vez que crea o modifica otras.

La normativa, o marco jurídico, donde se han situado las especialidades de Enfermería, de manera muy esquemática, ha sido el siguiente:

1. Durante la etapa de ATS (Ayudante Técnico Sanitario), entre los años 50 y 70, las especialidades existentes y sus fechas de publicación fueron las siguientes:
 - Matrona: 1957.
 - Radiología y Electrología: 1961.
 - Podología: 1962.
 - Pediatría y Puericultura: 1964.
 - Neurología: 1970.



- Psiquiatría: 1970.
 - Análisis Clínicos: 1971.
 - Urología y Nefrología: 1975.
2. RD 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de especialista a enfermeros/as: en el presente real decreto se crea el título de Enfermero Especialista, así como la creación de las siete especialidades de enfermería.
 3. Orden 1 de junio 1992 del Ministerio Relaciones con las Cortes y de Secretaría de Gobierno. ENFERMERAS-MATRONAS: Aprueba, con carácter provisional, el programa de formación y establece los requisitos mínimos de las unidades docentes y el sistema de acceso para la obtención del título de enfermero especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matronas).
 4. Orden de 24 de junio de 1998 (RD 992/1987): En la presente orden se fijan los criterios de selección y el sistema de acceso a la formación especializada de los diplomados en Enfermería. También establece los requisitos mínimos que deben reunir las unidades docentes para obtener la acreditación para impartir la formación correspondiente a cada especialidad, así como las directrices generales a las que deberán atenerse los programas de formación de estas.
 5. Proyecto de RD por el que se regula la obtención del título de Enfermero Especialista (12 de diciembre de 2003): El presente proyecto de real decreto tiene por objeto desarrollar las especialidades de enfermería, así como sus formas de obtención.
 6. Proyecto del RD de Especialidades de Enfermería (19 de noviembre de 2004): Texto del nuevo Real Decreto de Especialidades de Enfermería en el que se han incluido, de forma definitiva, las aportaciones realizadas por el Consejo General de Enfermería y, en particular, una nueva redacción de la disposición adicional tercera.
 7. Dictamen favorable del Consejo de Estado al Real Decreto sobre Especialidades de Enfermería: Documento del 10 de marzo de 2005 en el que se recoge el dictamen de la Comisión Permanente del Consejo de Estado sobre el Real Decreto de Especialidades de Enfermería, a fin de que se someta al Consejo de Ministros.
 8. RD 450/2005, de 22 de abril, sobre Especialidades de Enfermería: Publicación en el Boletín Oficial de Estado, de fecha 6 de mayo de 2005, del nuevo Real Decreto de Especialidades de Enfermería. El decreto entra en vigor al día siguiente de su publicación. Revisa y modifica el R.D. 992/1987, por el que se regulaba la obtención del título de Enfermero Especialista, reconociéndose igualmente siete especialidades.
 9. En el año 2007 se constituyen las comisiones nacionales de las siete especialidades de enfermería.

JUSTIFICACIÓN

Según el RD 450/2005, la evolución de la asistencia sanitaria, la modificación de los conocimientos científicos y el empleo de las nuevas tecnologías en el sistema sanitario generan la necesidad de una formación especializada de los profesionales enfermeros.

El real decreto parece, pues, adaptarse a:



- Desarrollo de los conocimientos científicos.
- Evolución de los medios técnicos.
- Cambios en el sistema sanitario.
- Modificación de los patrones epidemiológicos.
- Evolución de la pirámide de población.
- Necesidades de atención y cuidados especializados.

Los objetivos de las especialidades en Enfermería deberían responder, en primer lugar, a proporcionar una mejor atención a la salud de los ciudadanos en perspectiva del derecho constitucional a la protección de la salud, luego a favorecer el desarrollo profesional de los profesionales de Enfermería con todo lo que conlleva y en tercer lugar tener en cuenta las necesidades de gestión y organización de los servicios de salud, el equilibrio entre enfermeros generalistas y especialistas, etc., para lo que es imprescindible un acuerdo entre las CCAA que asegure un modelo cohesionado de los cuidados en el Sistema Nacional de Salud.

ASPECTOS GENERALES

Según dicho decreto (artículo 1), el título de Especialista:

- Es expedido por el Ministerio de Educación.
- Tiene carácter oficial y validez en todo el territorio nacional.
- Es necesario para utilizar de forma precisa la denominación de Enfermero Especialista.
- Es necesario para ejercer la profesión como especialista.
- Es necesario para ocupar puestos de trabajo con denominación de especialista en centros y establecimientos públicos y/o privados.
- Requiere estar en posesión del título de Diplomado Universitario en Enfermería o equivalente reconocido u homologado en España, haber realizado íntegramente la formación en la especialidad correspondiente, con arreglo a lo establecido en el decreto, y haber superado las evaluaciones que se establezcan y depositar los derechos de expedición del correspondiente título.

CONCLUSIONES

Por un lado, es obvio que hay una complejidad creciente de las ciencias de la salud y, por lo tanto, de las técnicas y los cuidados precisos para su correcta atención, por lo que el desarrollo de una especialización en determinadas áreas de los mismos puede ser beneficiosa para mejorar la atención que se presta a los ciudadanos, y resulta un tanto demagógico pensar que cualquier profesional enfermero puede abordar cualquier tarea sin una formación específica.

Por otro, los problemas se presentan cuando se analiza lo que ha ocurrido con la especialización de los médicos que ha derivado en una compartimentación de los conocimientos y habilidades que a la postre genera tanto una gran inflexibilidad en la capacidad de atención a los pacientes como inflexibilidad en



el mercado laboral y pérdida de la concepción integral de los problemas de salud. Esto, en ocasiones, supone un deterioro de la calidad de la atención, que precisa de un enfoque global de la situación de salud y por lo tanto de las necesidades de atención de las personas en su conjunto, y no parceladas por órganos y/o patologías. Además, una excesiva especialización deriva con frecuencia hacia una superespecialización que solo tiene sentido en ámbitos muy reducidos de la atención sanitaria.

En teoría, la especialización tiene dos objetivos:

1. Mayor compromiso y responsabilidad profesional para permitir una mejora de la calidad a aquellos pacientes que precisan cuidados más específicos.
2. Adquisición de mayores conocimientos, formación de calidad y ampliación en conocimientos sobre áreas concretas que durante la obtención del título universitario se abordaron de manera más superficial.

Es evidente que estos problemas se pueden abordar con dos estrategias complementarias: unas especialidades básicas y un sistema de troncalidad que permita una acreditación suplementaria de conocimientos y habilidades específicas.

El análisis de estos cambios nos generan las siguientes cuestiones:

- Todas las especialidades que contempla el decreto, ¿tienen que continuar siendo especialidades?
- ¿Es necesaria la especialización?, y si lo es ¿qué espacio debe tener y cuáles son los campos de trabajo de la enfermera generalista y de la especialista?
- Posible desaparición de la Enfermería generalista, dando entrada a un modelo de especialidades similar en estructura al modelo médico MIR.
- ¿Qué especialidades son realmente necesarias y justificadas? La especialidad de “Enfermería de cuidados médico-quirúrgicos”, ¿no parece muy amplia?
- ¿Qué implicación o papel tendrán los profesionales enfermeros y especialistas en el Sistema Nacional de Salud?
- A medio plazo, ¿va a ser preciso la especialización para entrar en el mercado laboral?
- Tanto la formación de Enfermería en cuidados médico-quirúrgicos como la Enfermería familiar y comunitaria, ¿no deberían ser la base de la formación de la enfermería? ¿Se pretende imitar el desarrollo de un modelo médico especializado en órganos y aparatos?
- ¿Todas las especialidades que contempla el decreto tienen que seguir siendo especialidades de enfermería?, ¿no sería necesario desgajar como profesiones independientes alguna de ellas?
- ¿Qué finalidad tiene el intentar orientar a toda la enfermería hacia especialidades? ¿Imitar al modelo MIR e ir hacia la posible desaparición de la enfermera generalista?

Habría que preguntarse:

- ¿Son necesarias para trabajar?
- Son dos años más de formación, por lo tanto deben implicar más autonomía, más remuneración.
- Se corre el peligro de imitar el modelo médico, de hecho ya se ha empezado. La figura del enfermero generalista con trabajo tenderá a desaparecer.
- Habrá que especificar en cada puesto de trabajo la titulación que se requiere, ¿en el sector público y en el privado?



PRESCRIPCIÓN ENFERMERA

La OMS, en el año 2002, dentro de las medidas reguladoras para favorecer el uso racional de los medicamentos, estableció que: “Se deberían emitir licencias para los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras y paramédicos) para asegurar que todos sean lo suficientemente competentes para diagnosticar, recetar y dispensar”.

MARCO LEGAL

- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, dice que corresponde a los enfermeros “la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a promover, mantener y recuperar la salud, así como a la prevención de las enfermedades y discapacidades”. También establece que les corresponde “la prestación personal de los cuidados o los servicios propios de su competencia profesional en las diferentes fases del proceso de atención de salud, sin detrimento de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los diferentes profesionales que intervienen en el proceso”.
- Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, sobre el Estatuto de la Profesión, que reconoce a la enfermería como una profesión con autonomía, funciones y responsabilidad propias.

TERMINOLOGÍA

Prescribir: Ordenar remedio

Prescribir es emitir un criterio profesional sanitario dirigido al paciente por el que se propone la realización de una acción en virtud de un juicio clínico y terapéutico o de cuidados.

Recetar es cumplimentar un formulario que contiene la medicación y/o el objeto de la prescripción que el profesional sanitario indica a un paciente acompañándose de instrucciones genéricas sobre su uso, y que normalmente se expide para ser presentado en una farmacia para su adquisición.

Medicamento: Sustancia que, administrada interior o exteriormente a un organismo vivo, sirve para prevenir, curar o aliviar la enfermedad y corregir o reparar las secuelas de esta.



DEFINICIÓN

Se define prescripción enfermera como: cualquier cuidado directo que la enfermera realiza en beneficio del paciente.

El objetivo de la prescripción enfermera es reivindicar una cobertura legal para la multitud de intervenciones que la actual Ley del Medicamento ha dejado en inseguridad jurídica.

Según el Consejo Internacional de Enfermería, se constata que se ha producido un aumento en el número de países que ya han establecido la prescripción enfermera.

Los países que actualmente tienen autorizada la prescripción enfermera son: Reino Unido, Irlanda, Suecia y Francia.

Las CCAA que han autorizado la prescripción enfermera son Cataluña y Andalucía. En otras, como puede ser en Navarra, se aplica la prescripción enfermera pero indirectamente, es decir, a través de la receta electrónica.

El Consejo General de Enfermería define la prescripción enfermera como: “La capacidad de seleccionar, guiados por criterios de buena práctica, diferentes materiales, productos y/o dispositivos encaminados a satisfacer las necesidades de salud del usuario y de la población, apoyados por el juicio clínico enfermero y administrados en forma de cuidados”.

La prescripción por parte de los profesionales de enfermería se puede adecuar perfectamente en el desarrollo actual de la profesión, e incorporarla como un elemento de práctica avanzada y especialista que da sentido y justificación a las especialidades de enfermería contempladas en el real decreto.

TIPOS DE PRESCRIPCIÓN

Hay tres modelos de prescripción enfermera:

- 1° **Prescripción independiente / autónoma o sustitutiva:** Es la que se realiza con la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, a través de Planes de Cuidados Estandarizados, que son la forma de planificar los cuidados a grupos de personas que estén en la misma situación de salud (inmovilizados, diabéticos, etc.).

En este tipo de prescripción hay un listado de medicamentos y productos sanitarios entre los que la enfermera escoge los más adecuados para restablecer la salud del paciente. En este caso, la enfermera es la única responsable de la prescripción.

Hay determinadas actuaciones profesionales relacionadas con el manejo de medicamentos y productos sanitarios que forman parte de la práctica diaria de la profesión enfermera, con el objetivo de mejorar los cuidados al paciente y en el marco de protocolos establecidos.



Las siguientes son, entre otras muchas, situaciones de uso e indicación de medicamentos y productos sanitarios que se están realizando por las enfermeras en el entorno sanitario actual en nuestro país, y que pueden ser objeto de regulación como “prescripción”:

- Indicación de productos sanitarios, sobre todo para la incontinencia urinaria en pacientes crónicos, tanto en medio hospitalario como en AP.
- Indicación de apósitos y medicamentos para el cuidado de úlceras por presión y heridas.

2° **Prescripción dependiente, semiautónoma, colaboradora o complementaria:** Es la que realiza la enfermera como resultado del acuerdo en el equipo sanitario, como consecuencia de la atención, seguimiento y control de patologías crónicas que ya están diagnosticadas y tratadas, facilitando al paciente el acceso a la medicación prescrita por el médico.

En el entorno hospitalario, en la aplicación de tratamientos para el dolor, antieméticos, antipiréticos, etc., según la evolución del paciente tras la valoración realizada por la enfermera.

3° **Prescripción colaboradora, estandarizada o protocolizada:** Es la que realiza la enfermera dentro de un protocolo de actuación, consensuado en un equipo multidisciplinar, en el que hay instrucciones escritas específicas para administrar fármacos ante una situación clínica identificada. Este no se puede considerar prescripción enfermera.

En este tipo de prescripción, la enfermería debe seguir un protocolo que haya sido realizado y completamente consensuado por todos los miembros del equipo: es el caso de la administración de vacunas dentro del calendario oficial.

Las razones para el desarrollo de la prescripción enfermera se pueden concretar en:

- La necesidad de mejorar la prestación de cuidados, a los pacientes sobre todo en la comunidad y áreas rurales; las enfermeras comunitarias o que trabajan en áreas rurales son las que han iniciado la prescripción.
- Con la prescripción enfermera hay un uso más efectivo del tiempo y los recursos.
- Necesidad de legitimizar el trabajo que las enfermeras realizan actualmente.
- Mejorar la relación entre los profesionales del equipo de salud.
- La prescripción enfermera beneficia a las enfermeras, profesionales de la salud en general, gestores del sistema sanitario y sobre todo a los propios pacientes.

Resumiendo: la prescripción independiente se realiza normalmente en los equipos de AP. La prescripción dependiente se realiza normalmente en el ámbito hospitalario.

“Una enfermera de práctica avanzada es una enfermera registrada que ha adquirido una base de conocimiento experto, habilidades para tomar decisiones y competencias clínicas para una práctica ampliada dentro de las características que conforman su propio contexto o país, en el que el enfermero está acreditado para ejercer, recomendándose un grado de Máster para el nivel de acceso”.



“Es una paradoja que la ley permita la venta libre y no permita a la enfermera aconsejar estos productos”.

COMPETENCIAS PARA PRESCRIBIR

1. Por la formación universitaria de pregrado, la enfermera tiene conocimientos suficientes para poder indicar y utilizar determinados fármacos, productos sanitarios y técnicas de forma autónoma que no invaden competencias de otros profesionales.
2. La formación continuada es imprescindible en la práctica de la prescripción enfermera. La normativa que regule la prescripción enfermera debe reconocer la cualificación enfermera y su acreditación.
3. Las habilidades adquiridas en la práctica asistencial contribuyen a actuar de manera responsable en la toma de decisiones frente a una situación clínica en un paciente concreto. La toma de decisiones se determina por el conocimiento científico y técnico adquirido, el respeto a los valores de los implicados en el proceso asistencial, la legislación vigente y el juicio personal.

¿POR QUÉ DEBEMOS USAR LA PRESCRIPCIÓN ENFERMERA?

1. Porque entra dentro de nuestra responsabilidad.
2. Porque es necesario para nuestro ejercicio profesional.
3. Porque la Enfermería sabe gestionar los recursos.
4. Porque la prescripción está en nuestro ámbito laboral diario.
5. Porque la Enfermería es capaz de realizar protocolos de uso y autorización de medicamentos sujetos a su propia prescripción.

Surgen varias cuestiones:

1. ¿Mejoraría nuestro sistema de salud por la prescripción enfermera, o por el contrario aumentaría la burocracia?
2. ¿Disminuiría la carga de trabajo, o aumentaría la falta de comunicación con el paciente?
3. ¿Seremos capaces de coordinarnos con otros estamentos?
4. ¿Están dispuestos todos los/las enfermeras a cambiar su metodología de trabajo?
5. ¿Sería más eficiente la prescripción colectiva mediante protocolos?

Existe la duda de si para lo que vamos a prescribir la formación que tenemos no es ya suficiente. Si hay que actualizarse debe ser a cargo de la administración y/o de las empresas contratantes.

BIBLIOGRAFÍA

- G3 Estudio sobre la prescripción enfermera en España. Resultados primera fase. Consejo General de Enfermería. 2006.



- CQ Marco referencial para la prescripción enfermera. Documento de base. Consejo General de Enfermería. 2006.
- O3 Bulecheck, GM.; McCloskey, JC. Defining and Validating nursing interventions. *Nurs Clin North Am.* 1992; Jun 27 (2): 289-99.
- O3 Competències de la professió Enfermera de la Comissió d'Infermeria i les seves especialitats específiques del Consell CÀtala d'Especialitats en Ciències de la Salut.
- O3 Cuxart Ainaud, N. La prescripción enfermera: bases para su argumentación. *Nursing* 2006; 24 (8): 56-65.
- O3 Herrera Gómez, A.; Martínez Galiano, JM.; Ratia Ramo, M. La prescripción enfermera y la Ley del Medicamento. *Revista Rol de Enfermería* 2008, 31 (1): 50-52.
- CQ Items prescribable by nurses through the Nurse Prescribers'Extended Formulary. October 2005.
- O3 Jones, A.; Jones, M. Mental health nurse prescribing: issues for the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.* 2005; 12. 527-535.
- CQ La prescripción enfermera. Informe del Consejo de Colegios de Diplomados en Enfermería de Cataluña. Julio 2007.
- CQ López Morales, M.P. Prescripción enfermera, ¿para qué? *Enfermería Comunitaria (edición digital)* 2006, 2 (1).
- O3 Morales Asensio, JM.; Martín Santos, FJ.; Contreras Fernández, E.; y Morilla Herrera, JC.; Prescripción de medicamentos y productos sanitarios por enfermeras comunitarias. *Enfermería Comunitaria*, 2006. 2 (1): 8-16.
- CQ Morilla Herrera, JL. ¿El porqué de la prescripción enfermera? *Biblioteca Lascasas* 2006; 2 (2).
- CQ North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) en su novena conferencia celebrada en marzo de 1990, citado en Luis Rodrigo, A.; Fernández Ferrin, C.; y Navarro Gómez, MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª- edición. Barcelona: Masson, 2005.
- O3 Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Organización Mundial de la Salud. Septiembre 2002.
- CQ Plan de Invierno. Propuestas organizativas para equipos de Atención Primaria. Instituto Catalán de la Salud. Julio 2005.
- CQ Prescripción enfermera. Informe del Servicio Cántabro de Salud. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. Gobierno de Cantabria.
- O3 Propuesta de desarrollo normativo de la disposición adicional duodécima de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios, y de la capacidad legal de la enfermera para prescribir productos sanitarios. Informe final del grupo de trabajo de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y Servicio Andaluz de Salud. Septiembre de 2007.



ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA SITUACIÓN DE LA ENFERMERÍA

1. La conversión de la diplomatura en grado supone un avance positivo y un reconocimiento para la labor de la enfermería en el sistema sanitario, sin embargo es importante plantear algunas cuestiones cuyo desarrollo todavía permanece incierto:
 - Cabe preguntarse si la consecución del grado irá seguida de una mayor asunción de responsabilidades y competencias; si no es así, no se entendería y supondría una oportunidad desaprovechada
 - ¿Mejorará la formación de las profesionales? Los nuevos planes de estudios abren bastantes interrogantes y deberían de revisarse teniendo en cuenta las competencias. Formación sin competencias es un sinsentido.
 - La nueva formación, ¿servirá para adecuar los conocimientos a las necesidades de nuestro sistema de salud?, es imprescindible que la nueva formación responda a las necesidades de la población y tenga en cuenta la previsible evolución de estas en el futuro.
 - Un aspecto nada desdeñable es el de las retribuciones. Más formación y más competencias deben de conllevar un incremento de las retribuciones en consonancia con las nuevas tareas y responsabilidades en el sistema de salud.

2. La prescripción de enfermería es un buen ejemplo de lo señalado anteriormente. Parece claro que es un avance siempre y cuando se proporcione la formación adecuada para ello. Entendemos que esta formación debería de realizarse en el periodo pregrado para asegurar que todas las nuevas graduadas han recibido una cualificación suficiente. Un problema distinto es la situación de las tituladas con anterioridad, que deberían de recibir una formación específica en el sistema sanitario para asumir esta tarea.

3. Las especialidades de Enfermería plantean numerosos retos a las profesionales. Siendo conscientes de que pueden suponer un avance en la formación de la profesión y mejorar la atención a la población, no obstante debemos de tener en cuenta algunos problemas:
 - ¿Cuál será el papel reservado a la enfermera generalista si es que esta va a seguir existiendo en el largo plazo? De la evaluación de las especialidades aprobadas parece deducirse que a medio/largo plazo todas las áreas de trabajo de enfermería estarán cubiertas por las especialidades y que estas acabarán incorporándose, como sucede con la medicina, como un requisito para el ejercicio profesional, al menos en el sector público. Diseñar de una manera clara el horizonte y los escenarios previsibles es fundamental a la hora de tener claro el desarrollo que se quiere dar y que van a tener las especialidades.
 - No está muy claro el contenido excesivamente amplio de algunas especialidades, por ejemplo la médico-quirúrgica o el previsible solapamiento de otras (familiar y comunitaria con pediatría y



geriatría). Habría que dilucidar si se quiere desarrollar acreditaciones específicas para algunas especialidades ahora no reconocidas (UCI, nefrología, etc.) y que es evidente que tienen contenidos muy concretos.

- Otra cuestión a tener en cuenta es el reconocimiento a efectos laborales de estas especialidades, tanto retributivos como a la hora de la provisión de plazas en las áreas que cuentan con una especialidad desarrollada.
- Una última reflexión tiene que ver con la pertinencia o no de un desarrollo troncal de las especialidades que permita el reciclaje de las especialistas entre ellas, entre otras cosas para evitar los cuellos de botella profesionales que se han evidenciado entre los especialistas médicos.
- Parece claro que la responsabilidad sobre gestión debe tenerla quienes tengan formación en gestión, independientemente de la profesión que tengan.

La solución en realidad procede de la implicación de todos y todas con nuestro sistema sanitario público, la necesidad de adquirir mayor responsabilidad en la toma de decisiones que es una premisa básica para asumir mayores competencias y para lograr un reconocimiento y respeto mayores; con todo, conviene no olvidar que la ciudadanía valora de una manera cada vez más positiva la profesión de Enfermería y ello se debe a que se ha mejorado la práctica profesional y se ha ganado protagonismo asistencial.

En este contexto debemos de mejorar la formación de los profesionales que debe ser una exigencia autoimpuesta, y también una crítica a aquellos mecanismos de supuesta formación que tienen una baja calidad y que solo sirven para que algunos ganen dinero y para deteriorar la imagen de los profesionales.

Hay que asumir progresivamente más competencias, responsabilidad, seguridad de los pacientes y confianza, debemos acabar con la cultura de la queja permanente, colectivamente tenemos que conseguir una mejora de nuestra profesión que solo puede pasar por ganar en responsabilidad, confianza y compromiso con la ciudadanía.

Desarrollar la autonomía supone integrarse en los equipos de salud en igualdad de condiciones con los demás profesionales que los integran, asumiendo cada uno/a sus competencias y favoreciendo la actuación coordinada de todos/as, hay que tener claro que este protagonismo difícilmente podrá darse fuera de un sistema sanitario público, porque la óptica de lo privado se sustenta sobre la actividad e intervención médica y tecnológica.