

## PRESCRIPCIÓN ENFERMERA ¿UNA DISCORDIA RAZONABLE?

**PONENTE: D. JUAN SISO MARTIN**

Doctor en Derecho Público. Subdirector General del Defensor del Menor CC.AA. Madrid.

Se me encargó que hiciera una presentación sobre la prescripción enfermera, un tema absolutamente novedoso en el terreno del derecho médico, la medicina legal, ..... porque es un asunto de enjundia jurídica en un medio sanitario y es, por mi condición de jurista, que se me pidió que hiciera un análisis de esta cuestión, un análisis actual y práctico, en alguna forma.

La historia de la Medicina ha vivido de forma constante en su evolución, la oposición visceral de los médicos a compartir cualquiera de sus competencias con otras profesiones. En épocas históricas incluso han querido vivir este ejercicio de forma exclusiva, particularmente, cuando el otro profesional era una mujer y puede que esto fuera así, a pesar de que las mujeres sanadoras tenían un gran predicamento en la antigüedad. A todos nos viene a la memoria los casos de Santa Hildegarda, Trótula de Salerno, la prohibición en el siglo XV a las mujeres de ser sanadoras o boticarias, y el hecho constatado de que Olivia Sabuco ( Alcaraz, Albacete 1526- ? ) tuvo que atribuir sus éxitos a su padre, ya que por ser mujer no podía traslucirlos socialmente. Del propio Dr. James Barry (Belfast 1795-1865) se supo finalmente que era una mujer, Miranda Stuart, y la razón de este engaño necesario, radicó en que en su época era prácticamente imposible para una mujer formarse y ejercer como médico, especialmente en el ejército.

En este escenario, con este origen social de estas cuestiones insertas en el terreno sanitario, vamos a analizar la prescripción como uno de los puntos dentro de la cadena del medicamento, cuyos eslabones son: La investigación, la fabricación, la autorización, la prescripción, la dispensación y el seguimiento.

Es indubitada la competencia en la investigación y fabricación de la industria farmacéutica, nadie le quiere arrebatar, por otra parte tampoco lo podría hacer, ese protagonismo. La autorización corresponde a la autoridad sanitaria y por definición legal tampoco es posible debatirla, pero sin embargo, en las otras fases sí que hay cierta controversia, por ejemplo en la dispensación, véase el conflicto que hay entre los farmacéuticos y otras profesiones que, no siendo farmacéuticos, disputan algunos productos, vgr. la parafarmacia o el conflicto que existe en fijar el límite, una línea divisoria no siempre clara entre este doble tipo de negocio en el campo del medicamento y los productos sanitarios. En cuanto al seguimiento también hay una cierta disputa entre los profesionales sanitarios de la medicina y la farmacia desde la aparición, particularmente, del nuevo modelo de farmacia conocido como farmacia comunitaria, en la que hay consejo farmacéutico tras la dispensación del medicamento.

En el campo de la prescripción el conflicto surge no con la profesión farmacéutica, al menos en principio, sino con otras profesiones en el entorno de la medicina, particularmente, con la enfermería en su conjunto.

Mi exposición será limitada en el tiempo pero a la vez, amplia, comenzaré a hablarles de la situación del desarrollo de la profesión enfermera en Europa brevísimamente que es cuando surgió esta inquietud por la prescripción de medicamentos por parte de la enfermería, cual ha sido el cronograma de evolución de esta inquietud y cual ha sido el desenlace normativo final con la Ley actual del Medicamento en su redacción vigente y cuales son las salidas que hay: con lo que tenemos ¿qué podemos hacer? en este momento normativo difícil que vivimos respecto a la prescripción por parte de otras profesiones que no sean los médicos o estomatólogos como dice la Ley General del Medicamento.

En términos generales la enfermería, tanto la general como la especializada tienen en el conjunto de los países europeos un papel relevante como agente de salud y esto se evidencia por la situación particular que vive Europa en el desarrollo de las profesiones sanitarias, entorno a la del médico. El elemento humano vive un porcentaje completamente distinto. En Europa de cada 10 profesionales, 7 son enfermeros y por tanto tres médicos, en España la proporción es completamente distinta, poco más de la mitad, un 54% son enfermeros, hay un desequilibrio notorio importantísimo de la población que ejerce enfermería. Les hablo de los países europeos más desarrollados en esta cuestión y de Canadá, no hablamos de EE.UU ya que su modelo es completamente diferente al modelo español.

Quiero hacer una referencia somera al Reino Unido en el que se ha pasado en 20 años del desarrollo de la prescripción enfermera de dispensar paracetamol a pasar a heroína o metadona.

La enfermería agrupa más de 8 millones de recetas al año y 50.000 miembros de la enfermería realizan prescripciones, de ellos, 15.000 para cualquier caso y bajo cualquier circunstancia. Es sabido que el daño sanitario se produce en un elevado porcentaje por errores en la medicación, se constataron 60000 errores de este tipo, pero hay que hacer notar que ninguno de ellos se atribuyó a la enfermería.

El desarrollo de la prescripción en España comenzó apenas hace tres años, en el verano de 2005, los consejeros de sanidad, respectivamente los consejeros de Cataluña y Madrid fueron los promotores, los adalides de esta inquietud nueva de la prescripción enfermera. En Junio de 2005, la consejera catalana, Marina Geli, defendió esta posibilidad en determinados casos, para determinadas patologías en la atención primaria (HTA, EPOC y diabetes) con un catálogo cerrado, esto es importante destacarlo. Se precisaba definir en este nuevo modelo que propugnaba la consejera Geli, las patologías a las que se debía de dirigir la prescripción y definir los pacientes a los que se debía orientar, evidentemente un listado de fármacos que se pudieran prescribir y los protocolos, para actuar bajo condiciones de seguridad clínica con protocolos de práctica clínica. Todo esto llevaba consigo la necesidad de formación en farmacología para las personas que hubieran de manejar esta nueva competencia sanitaria.

El consejero Lamelas tan sólo un mes después, en Julio de 2005, apoyó este planteamiento y concretó para distintas situaciones sanitarias esta actuación: absorbentes, laxantes, tiras reactivas, repetición de recetas para enfermos crónicos.....todo este espectro nuevo al que se ya abría el horizonte, salía el sol por allá al fondo de las competencias de prescripción enfermera.

Julio de 2005, en este escenario tan sólo unos días después que Irene Scott Directora de enfermería británica hace una presentación, una comparecencia aquí en España y remachando este criterio de los dos consejeros, dos consejeros de la máxima relevancia en España, definición la necesidad de enfatizar en el nuevo relieve de áreas distintas a la del médico y que la enfermería puede dedicarse a entender y atender otras cuestiones dejando al profesional de la medicina, el médico, que pueda atender patologías más complejas. Esto introduce un matiz muy importante, ya no es "*per se*" el entendimiento ontológico de las competencias médicas sino, utilitarista, aquí ya no solamente se dice que la enfermería debe abordar estas otras cuestiones, sino que conviene que lo haga.

La frontera competencial de donde viene Irene Scott, es completamente distinta a la nuestra, en el Reino Unido la enfermería comparte, casi a la mitad, un 40% aproximadamente, las competencias de atención sanitaria con los médicos y dedica una particular atención a estas cuestiones: la diagnosis, realización de determinados estudios clínicos, seguimiento de enfermos crónicos, educación y promoción de la

salud y prescripción de medicamentos y productos sanitarios. En este escalonamiento de competencias aparece ineludiblemente la prescripción, si se pueden realizar determinados estudios, si se pueden llevar a cabo determinadas pruebas diagnósticas, si se pueden abordar cuidados de salud, lo lógico, lo coherente, parece ser, que el último escalón la prescripción esté incluido también en esta atención.

Así las cosas, se había creado un estado crítico, una masa de opinión sobre estas cuestiones, cuando iba a ver la luz la Ley del Medicamento de Julio del 2006, tan sólo un año después de estas cuestiones que impregnaron toda la comunicación en materia clínica sanitaria durante todo el año 2005, del verano del 2005 al verano del 2006.

Van a ver a continuación qué sucede con la ley del medicamento:

En Julio 2006 se promulga esta ley 29/2006 que su artículo 77 dice que *“La receta médica, pública o privada, y la orden hospitalaria de dispensación son los documentos que aseguran la instauración de tratamiento con medicamentos por instrucción de un médico u odontólogo, únicos profesionales, con facultad para ordenar la prescripción de medicamentos”*.

Con este alegato, formulación rotunda de “únicos profesionales” se da levedad a estos hierros en la disposición duodécima que dice que *“ Para facilitar la labor de los profesionales sanitarios que, de acuerdo con esta Ley, no pueden prescribir medicamentos, en el plazo de un año el MSC establecerá la relación de medicamentos que pueden ser usados, o en su caso, autorizados para estos profesionales, así como las condiciones específicas en las que las pueden utilizar y los mecanismos de participación con los médicos en programas de seguimiento”*

Es decir, el Art. 77 dice: *sólo los médicos u odontólogos pueden*, pero luego en la disposición adicional duodécima rebaja este rigor y dice para los que no pueden en el plazo de un año el MSC dirá qué vamos a hacer

Se publica posteriormente una orden ministerial en desarrollo, el escalonamiento normativo es la ley, y luego disposiciones de desarrollo, ésta es precisamente la disposición que da efectividad a la disposición duodécima, una orden ministerial y el proyecto de orden ministerial dice que se sustituye la mención únicos profesionales por la de profesionales principales pudiendo la enfermería prescribir subsidiariamente, conforme a su competencia. Fíjense que en una orden ministerial se introduce una modificación sustancial al respecto de una ley, disposición de mucho mayor rango y se va, en un tercer nivel, en un tercer escalón, a una cota de competencias muy superior al que la ley reconocía en principio. Cuando esta ley ministerial está en el Consejo de estado ( las disposiciones con rango inferior a la ley tienen carácter de reglamento y tiene el consejo de estado dictaminar sobre su adecuación al ordenamiento jurídico, decir en definitiva que pueden ser promulgadas) aparece alguien que dice “esta disposición no es la válida porque, (esto fue en abril del 2008), porque la ley que está en los boletines oficiales tiene un error, el texto no es el que aparece en el boletín, en los diarios de sesiones del congreso aparece el verdadero texto que fue votado y que es muy diferente y se modifica la ley mediante una publicación de corrección de errores, y la nueva ley, la disposición adicional duodécima dice que lo que hará el ministerio de sanidad en el plazo de un año es que revisará los medicamentos que pueden dispensarse con o sin receta médica. Fíjense que en la disposición se decía que en el plazo de un año el MSC establecerá la relación de medicamentos que pueden ser usados, y los profesionales que no son médicos ni odontólogos que puedan dispensarlos, completamente distinto, entonces esta discusión se lleva a un terreno completamente diferente, al terreno de cuales son los medicamentos que pueden ser o no dispensados con receta pero nunca de los profesionales que pueden y

deben abordar esta dispensación. Se saca de sitio esta discusión y se deja fuera de juego la disquisición de quien puede o no recetar medicamentos.

En esta situación, el dictamen del consejo de Estado no iba a ser de otra manera y así estableció que con el texto vigente de la orden, es decir, el retocado, el que había salido de corrección de errores, con ese texto no era posible autorizar la prescripción enfermera, con lo cual toda esta cuestión jurídica queda fuera de juego, ya no se puede entrar a dilucidar si puede o no la enfermería prescribir desde el punto de vista de la modificación legal sino sobre qué medicamentos o no pueden ser prescritos o no con receta. Se lleva la discusión al objeto de la prescripción en lugar de al sujeto- dicho de una manera clara.

Así las cosas, la OMC que siempre había mantenido clara su posición, su planteamiento, ya lo explicita y lo deja bien claro: *La prescripción es acto médico por tanto, es el resultado de una diagnóstico cuyo aprendizaje es fruto de estudios de grado, post grado y práctica asistencial llevadas todas ellas a cabo por la profesión medica.*

Ciertamente que la OMC tenía el “terreno abonado” ya que el Consejo de Estado se había pronunciado en este sentido y así se pronunciaron ellos sin ambages, ni ningún tipo de pudor, en su manifestación formal y explícita.

En este estado de la cuestión ya que estamos igual que en el año 2004 ¿Cuales son las consideraciones que podemos hacer?

Esta claro que la enfermería, sobre todo en algún medio como el rural, realiza a diario prescripciones, es una realidad también que se están llevando a cabo determinadas actividades que descargan el trabajo, la presión que los médicos ejercen en su campo y todo esto siendo así, si se prescribe, pondríamos pensar que es intrusismo, con la redacción actual de la ley y la prohibición del Consejo de Estado tajante de que se pueda nombrar a otros profesionales para la prescripción.

¿Es posible que dejen de hacer prescripción estos profesionales sin perjudicar gravemente la atención que deben a los ciudadanos y sin perjudicar la práctica asistencial en su conjunto? Esta es la pregunta con la herramienta jurídica que ahora mismo tenemos. Pero la pregunta principal es ¿cómo se inserta todo esto en el ejercicio de las profesiones sanitarias? Ahora mismo tenemos que analizar todo ello a la luz del paradigma actual de las profesiones sanitarias:

¿Que decía el estatuto de 1973, ya no vigente y preconstitucional?

*“ Las funciones a desarrollar por las enfermeras y ATS serán auxiliar al médico cumplimentando sus instrucciones, complimentar la terapéutica prescrita por los facultativos, auxiliar al personal medico en intervenciones quirúrgicas, prestar servicios de urgencia inmediata hasta la llegada del médico, ayudar al médico en los servicios, aplicar cuantos tratamiento sean ordenados por el médico”* está claro que es una actividad subordinada, una actividad “a la orden de” y sin una sustantividad propia, un mero auxiliar de las ordenes del médico.

La nueva ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias 44/2003 que tiene una orientación radicalmente diferente dice:

*“Los profesionales tendrán como guía el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas determinadas por las propias profesiones..... su ejercicio se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica...*

*Corresponde a los Diplomados Universitarios de Enfermería la dirección evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería, orientados a la prevención, mantenimiento y recuperación de la salud.*

*Fíjense qué tenor literal tan radicalmente distinto, en un lado es” trabajar al dictado de, a las órdenes de, bajo la instrucciones de.....” mientras que en el otro apartado se ejerce funciones autónomas propias con unos criterios profesionales perfectamente diferenciados.*

Pero ¿qué ha ocurrido?, promulgado esto en el año 2003 ¿es sólo letra impresa? ¿Es solamente tinta-como decía el poema- que ha de llevarse el agua?.....

Así las cosas en el 2003 y después, cuando ha habido oportunidades de dar una efectividad a todo esto que está escrito y es nada menos que una ley, se ha perdido esa oportunidad.

¿Qué podemos hacer ahora? ¿Cuales son las salidas que tenemos en la situación actual?:

1ª. Tal y como estamos sin desarrollar la ley, la enfermería puede usar medicamentos con carácter general, según protocolos y prescribir medicamentos no sujetos a recetas.

2ª Si se desarrolla la ley (Art. 77) podremos abordar la regulación de las recetas medicas y de las órdenes enfermeras en dispensación, fijando posiciones, qué puede hacer la enfermería con las ordenes enfermeras de prescripción, pero nada más.

3ª Tendremos entonces que llevar a desarrollo la ley para llegar definitivamente a la salida que es deseable: Publicar una nueva Ley, el Consejo de Estado decía que esta modificación no se podía hacer porque está sujeta a reserva de ley, lo que técnicamente quiere decir que se tiene que modificar la ley y que no vale con una orden. Pues bien, modifiquemos la ley, si la modificamos podremos dar una regulación específica sobre la materia. Una nueva orden ministerial para establecer la medicación de la enfermería con un listado de productos y si es necesario, los protocolos y planes de actuación.

Estas son las tres salidas y estas tres salidas tenemos que entenderlas en el marco de lo que mencionaba antes de un nuevo concepto, una nueva ordenación del ejercicio de las profesiones sanitarias.

Hay que cambiar el modelo de auxilio, de dependencia, de “de a la orden” del Estatuto del 73, establecer competencias compartimentadas ya superadas, nos lleva a definir equipos multidisciplinarios, cada profesional tiene sus propias competencias y hay un principio que es el de división de competencias que no está, precisamente, reñido con el trabajo en equipo sino que lo enriquece por cuanto que define parcelas de actuación, las cuales han de ser autónomas e integradas en el conjunto de la continuidad asistencial.

No me cabe duda de que esto es una lucha difícil, que es el día a día de una lucha continúa e intensa por la dignidad profesional, les animo a no cejar en el empeño de esta lucha y les pase, lo que dice la letra del tango:

Uno busca lleno de esperanzas  
el camino que los sueños  
prometieron a sus ansias.  
Sabe que la lucha es cruel y es mucha,  
pero lucha y se desangra  
por la fe que lo empecina.