

# Prescripción de medicamentos y productos sanitarios por Enfermeras Comunitarias

José Miguel Morales Asencio<sup>1</sup>, Francisco Javier Martín Santos<sup>2</sup>, Eugenio Contreras Fernández<sup>3</sup>, Juan Carlos Morilla Herrera<sup>4</sup>

### ENFERMERIA COMUNITARIA

Enferm Comun 2006; 2(1):---

Manuscrito aceptado el ---

<sup>1</sup>Responsable de Efectividad e Investigación. Distrito Sanitario Málaga. Profesor Asociado. Escuela Andaluza de Salud Pública. <sup>2</sup>Coordinador de Enfermería. Distrito Sanitario Málaga. Profesor Asociado. EU Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga. Profesor Colaborador. Escuela Andaluza de Salud Pública. <sup>3</sup>Coordinador de Enfermería. Distrito Sanitario Costa del Sol. Presidente de la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. <sup>4</sup>Director de la Unidad de Residencias. Distrito Sanitario Málaga. Profesor colaborador. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Correspondencia: José Miguel Morales Asencio, C/ Sevilla, 23. 5ª planta. 29009. Málaga. Correo electrónico: jmmasen@gmail.com

### Resumen

La regulación de la prescripción enfermera en determinados contextos asistenciales constituye un hecho bastante arraigado en el entorno anglosajón. Esta disposición no hace sino regularizar algo que en la práctica diaria ocurre mediante mecanismos informales para evitar trasladar a los usuarios la inflexibilidad del sistema en el acceso a ciertos fármacos y productos sanitarios. Las enfermeras deben estar motivadas y comprometidas en este empeño, pero para ello, es necesario que profesionales que “conviven” diariamente con el medicamento, tengan potestad formal sobre algunos de sus aspectos.

Muchas enfermeras perciben todo lo relacionado con los fármacos como algo externo a ellas, debido a la carga que supone implicarse en este terreno estando desposeída de toda capacidad de decisión. Otorgar capacidad a las enfermeras formalmente para prescribir algunos fármacos no constituye una mera acción de sustitución de proveedores, sino que aumenta las oportunidades de aumentar su espectro de acción. Se debe enfocar el asunto de la competencia profesional para la prescripción estableciendo la capacidad de prescripción como un continuum, no como una realidad dual: o se prescribe o no se prescribe. Estos estadios intermedios probablemente sean los que más problemas de accesibilidad y discontinuidad solucionen a los pacientes y cuidadoras. Muchos colectivos médicos, de pacientes y las propias enfermeras reclaman este cambio y en el artículo se proponen algunas claves para facilitar la transición hacia esta nueva dimensión de la práctica.

### Abstract

Regulation of nurse prescription in certain clinical areas is a well-rooted feature in English speaking countries. In fact, this arrangement produces a normalization of a frequent situation that take place in the daily clinical practice through informal ways, in order to avoid the impact of inflexible drug providing systems over patients. Nurses have to be motivated and committed in this target, but it is necessary that those who are day after day “living near the drugs” have a formal authority over some issues.

Many nurses understand all drug-related issues as some alien to themselves, due to the burden that supposes to commit in a matter in which they are stripped of any decision-making.

Giving nurses ability to prescribe some drugs it's not simply a provider substitution, but it increases the opportunities of expanding their action spectrum. This subject concerning to professional competence for prescription must be tackled as a continuum, not as a dichotomous situation (prescribe or not to prescribe). These intermediate stages probably are the most resolute ones from an accessibility and continuity of care point of view, for patients and caregivers. Many medical and patient groups, as well as nurses, claim for this shift and in this paper some key actions are described for facilitating the transition to this new dimension of practice.

### Introducción

Cuando se mantienen estructuras y procesos tradicionales, concebidos para circunstancias sociodemográficas radicalmente incomparables a las actuales, con expectativas de la población hacia los servicios de salud muy distintas, se originan situaciones de “laberintización” de la atención, compartimentalizando el bien asistencial y, en definitiva, mermando la accesibilidad. Esta situación, es especialmente acusada en poblaciones más vulnerables: mayores,<sup>1</sup> discapacitados, pacientes terminales,<sup>2</sup> cuidadoras, población infantil<sup>3</sup>... acrecentándose cuando se asocian bajos niveles de renta, alfabetización y género femenino.<sup>4</sup>

En el entorno de Atención Primaria, ciertos pacientes crónicos, los inmovilizados y las personas en situación terminal en el domicilio, así como sus cuidadoras, algunos colectivos de jóvenes que demandan atención para conductas sexuales de riesgo, ancianos frágiles o simplemente, personas con procesos menores que tienen mayor frecuencia de encuentro con la enfermera (altas quirúrgicas en el domicilio)... se topan con una cadena de trámites burocráticos y administrativos para la obtención de determinados servicios, que no sólo no aportan ningún valor añadido, sino que además tienen una importante repercusión en su bienestar.

Sirva como ejemplo, un paciente en situación terminal que cuando acude la enfermera a su domicilio, detecta que necesita más dosis de analgésico, pero, sólo hay una manera de obtenerlo: acudiendo al Centro de Salud, previa cita, a por la receta correspondiente, para ir posteriormente a la oficina de farmacia y solicitar el producto. En este proceso, suele ser la cuidadora la encargada de realizar esta gestión, que puede tardar perfectamente 24 horas; además, la cuidadora, si es de edad avanzada, probablemente con procesos osteoarticulares degenerativos o alguna patología más asociada y no cuenta con mucho apoyo sociofamiliar, se ve abocada a transitar por el sistema sanitario en clara situación de inferioridad. Salvo respuestas organizativas específicas (Equipos de Soporte y Apoyo a la Atención Domiciliaria o similares), lo normal es que se busquen vías alternativas a esta irracionalidad y sea la enfermera la que “gestione” unas recetas con el médico en el Centro (el elenco de modalidades de “acuerdos tácitos” sería interminable), para acudir nuevamente al domicilio a llevárselas a la cuidadora (aunque no siempre consiga acortar los tiempos y, por supuesto,

suponga una ineficiencia en el uso del tiempo de la enfermera) o, finalmente, se acuda a la vía más expeditiva: avisar a los servicios de urgencia.

Esta situación descrita con cierto detalle para facilitar la comprensión del problema, ocurre a diario en los domicilios, y es extensible a cualquiera de los grupos de pacientes detallados anteriormente y, por su cotidianeidad, se ve sumergido en una aceptación incondicional por todos los implicados. Por citar brevemente un ejemplo aún más frecuente, aplíquese este mismo circuito a la obtención de absorbentes de orina o material de curas en pacientes inmovilizados, en el que además, se produce un absurdo adicional: el profesional encargado de autorizar el acceso al producto (en definitiva, la receta) es el que menos información tiene sobre la decisión más correcta a tomar, porque en estos casos, la información es imperfecta para el médico (habitualmente no atiende a estas situaciones clínicas) y mucho más elaborada y llena de elementos de juicio para la enfermera, quien, a cambio, no tiene autoridad formal para culminar su decisión clínica.

Huelga decir que la enfermera, por la naturaleza de sus funciones, y las características de su relación con pacientes y cuidadoras y los tipos de población a los que más frecuente es el profesional que más se topa con estos escenarios, por lo que mejorar su capacidad de resolución elimina barreras de accesibilidad en poblaciones muy vulnerables y aporta más diligencia al conjunto de las intervenciones sanitarias

### Este problema ya lo han sufrido otros

Paradójicamente, este fenómeno no es nuevo y ya ha sido detectado y analizado en profundidad en entornos asistenciales muy próximos al nuestro. En el Reino Unido el Informe Cumberlege encargado por el entonces Departamento de Salud Seguridad Social en 1986, examinó los cuidados que se proveían en el domicilio y se identificaron procesos complejos en la comunidad relacionados con la prescripción de fármacos y material sanitario en este ámbito. Ya se sugería hace 18 años en este informe, que el reconocimiento formal de las enfermeras para poder prescribir ciertos tipos de fármacos, evitaría estos problemas.

Posteriormente, en 1989, el Departamento de Salud británico, encarga el informe Crown con la tarea de analizar este tema en profundidad. En las conclusiones del informe, se detallaba cómo ciertos grupos de pacientes se beneficiarían de la prescripción enfermera: personas con un catéter o un estoma en el domicilio, con heridas quirúrgicas, y aquellos que no

tenían cobertura de sanitaria establecida y con marginalidad o pobreza manifiesta.

Dos años más tarde, se encarga por parte del Departamento de Salud, el primer estudio empírico sobre prescripción enfermera, llevado a cabo por Ross, para identificar los beneficios y el coste de esta experiencia. Paralelamente, durante 1992, se modificó la legislación para que las enfermeras comunitarias pudiesen prescribir ciertos medicamentos de listas restringidas.<sup>5</sup> En 1994, ya se disponía del primer Formulario Oficial de Prescripción Enfermera.

Durante todo este período, las organizaciones profesionales y sociedades científicas hicieron sus contribuciones al establecimiento de un sistema de formación y acreditación de las enfermeras que tuviesen acceso a esta práctica, de modo que fuese una intervención regulada y totalmente evaluable.

Posteriormente, se han propuesto extensiones de este modelo a la prevención de embarazos y a enfermeras de Salud Mental,<sup>6,7</sup> bajo los mismos argumentos.<sup>8,9</sup>

Los primeros estudios mostraban cómo los pacientes preferían acudir a la enfermera para ciertos temas en los que consideraban que éstas tenían mayor experiencia clínica: cuidado de heridas, etc. Paralelamente a esta facilitación de circuitos, los usuarios informaban en los distintos estudios cómo sentían mayor cercanía y accesibilidad con la enfermera, efecto probablemente potenciado por su recién estrenada capacidad de resolución finalista de ciertas situaciones, hasta entonces vetadas.<sup>10-12</sup>

Una revisión recientemente publicada sobre el tema,<sup>13</sup> corroboró este hallazgo de satisfacción de pacientes y familiares con la prescripción enfermera, a la vez que refleja la satisfacción generalizada entre los profesionales con su nueva competencia. Queda por evaluar con estudios sólidos, el impacto de la prescripción enfermera sobre la prescripción médica.

En 2002, el gobierno británico decidió aumentar el número de fármacos que las enfermeras podían prescribir, siendo la lista actual de más de 200 fármacos.<sup>14</sup>

En la actualidad, esta práctica profesional está plenamente introducida en el Reino Unido, EEUU,<sup>15</sup> Canadá y más recientemente, en Suecia<sup>16</sup> y Nueva Zelanda,<sup>17</sup> entre otros.

## Controversias

El carácter simbólico que tiene la prescripción de fármacos envuelve este análisis en una fuente de conflictos habituales y posiciones muy sectarias, basadas la mayoría (sean de la procedencia que sean)

en instintos corporativistas, más que en análisis en profundidad.

A continuación, se exponen en forma de preguntas, las controversias más frecuentes que se suscitan entorno a este tema.

*¿Es la prescripción enfermera una mera traslación de actividad rutinaria médica a las enfermeras?*

McCartney y cols. planteaban este dilema a finales de los noventa.<sup>18</sup> Estudios posteriores han corroborado que no sólo no es una traslación, sino que determinadas áreas de intervención y resultados se ven potenciadas, sin merma alguna en la calidad de la atención.<sup>19-21</sup> Como afirma Casajuana, estas actividades expansivas de la enfermera son oportunidades de aumentar su espectro de acción, no sólo con la mera actividad en sí, sino, por ejemplo, para la captación de más pacientes para actividades preventivas, de llegar a más población sana, etc.<sup>22</sup> Por tanto, no se reduce a una mera relación marginal de sustitución, sino que se ha acreditado la incorporación de valores añadidos a esta acción.

*¿Tienen suficiente competencia profesional las enfermeras para esta nueva función?*

El tema de la competencia está íntimamente ligado al de la seguridad y la gestión de riesgos en el uso de fármacos y productos sanitarios. Este análisis nunca debería hacerse de forma generalizada, sino vinculado al tipo de facultad prescriptora al que se esté haciendo referencia y, ante todo, estableciendo la capacidad de prescripción como un continuum, no como una realidad dual: o se prescribe o no se prescribe. Entre la facultad absoluta y la nula de prescribir, hay estadios intermedios que probablemente sean los que más problemas de accesibilidad y discontinuidad solucionen a los pacientes y cuidadoras.

Si, por ejemplo, nos referimos a la prescripción de materiales y productos sanitarios para el cuidado de pacientes crónicos, inmovilizados, con incontinencia urinaria, material de curas, etc, la incertidumbre se despeja por la propia secuencia de los hechos: todas las enfermeras han desarrollado mecanismos “informales” que agilizan la burocracia derivada de la rigidez legislativa actual para que los ciudadanos tengan acceso a estos productos y materiales sin excesiva dificultad. Y, además, estas decisiones son tomadas “de facto” por las propias enfermeras y son refrendadas continuamente por los médicos de familia a sabiendas de que son ellas las que poseen la información más cualitativa del problema en cues-

tión (nadie cuestiona hoy en día la indicación de una enfermera para un absorbente o un apósito para curas...salvo la propia legislación). En este caso, la prescripción enfermera no haría sino regularizar algo que en la práctica diaria ocurre mediante mecanismos informales para evitar trasladar a los usuarios la inflexibilidad del sistema.

Si se trata de analizar la competencia de las enfermeras para asumir la prescripción de fármacos destinados a problemas menores, tampoco parece que existan grandes lagunas al respecto, ya que muchos productos de esta índole son dispensados sin receta en las farmacias por propia iniciativa de la persona y se suponen orientados a promover el autocuidado. Resulta paradójico, que esté permitida su venta libre y la legislación, nuevamente, vete a la enfermera la capacidad de aconsejar alguno de estos productos (ni mucho menos, recetarlos).

Otro caso distinto para analizar es el de la prescripción de fármacos para problemas crónicos, que están iniciados por un médico y que podrían beneficiarse de la receta de continuación por parte de la enfermera. Nuevamente, estamos ante una situación que diariamente se resuelve mediante mecanismos informales en los Centros de Salud. En pacientes incapacitados en el domicilio, este asunto adquiere especial virulencia en términos de accesibilidad.

Respecto a la competencia profesional de las enfermeras para la prescripción, en un estudio realizado en el Reino Unido en 2002, había bastante heterogeneidad entre instituciones docentes del país.<sup>23</sup> De hecho, la prescripción enfermera está sometida a una fuerte regulación formativa en el postgrado, probablemente para paliar este fenómeno. No parece el caso de nuestro país a la vista de los contenidos y

número de créditos de los distintos planes docentes de las Universidades en materia farmacológica (Tabla 1).

Llama poderosamente la atención, al comparar la formación pregrado en materia farmacológica de 3 titulaciones de Ciencias de la Salud (Odontología, Enfermería y Medicina), que las diferencias en créditos académicos de Odontología y Enfermería son mínimas y, paradójicamente, la legalidad vigente le reconoce a la primera plena capacidad prescriptora en su área, cuando sus diferencias con la otra profesión que goza de total capacidad prescriptora, son bastante acusadas.

#### ¿Dónde está el límite de la prescripción enfermera?<sup>24</sup>

Horton en un artículo del Lancet se cuestionaba la intención del NHS de ampliar la facultad prescriptora de las enfermeras a todo el British National Formulary (catálogo de fármacos sometidos a prescripción en el Reino Unido). Habitualmente, las enfermeras han probado su efectividad sobradamente a la hora de disminuir el uso de fármacos<sup>25</sup> o controlar reacciones adversas,<sup>26</sup> es decir, al final de la cadena prescriptora, pero, ahora se está ante un campo nuevo, justo al inicio de la misma. Según Horton, los beneficios de la prescripción enfermera en cuanto a accesibilidad a la población, satisfacción, etc, pueden verse mermados en caso de abrir completamente la capacidad prescriptora.

Podrían diferenciarse dos modelos de prescripción:

a) Prescripción independiente: en este modelo el profesional realiza la valoración y diagnóstico y prescribe libremente. Esta modalidad esta reservada

**Tabla 1:** Distribución de créditos académicos de las titulaciones de Odontología, Enfermería y Medicina en las Universidades donde se imparte Odontología

Universidad	Odontología (T+P)	Enfermería (T+P)	Medicina (T+P)
Granada	5+1	4+1	6+5
Oviedo	6	5,5 9 (Con Nutrición y Dietética)	12 (+6 de Farmacología Clínica)
Univ. Alfonso X	9	7	-
Univ. Del País Vasco	7	5	13 (+4,5 de Farmacología Clínica)
Salamanca	6	4,5 (+4,5 de Aplicaciones terapéuticas)	9 (+6,5 de Farmacología Clínica)
Santiago	6 + 1,5	3 + 1,5	4,5 + 4,5 (+Farmacoterapia 3 + 1,5)
Complutense	7	5 (+4,5 de Farmacología Clínica)	9 (+5 de Farmacología Clínica)
Internacional de Cataluña	5	4	-
Valencia	6	5,5	11 (+ 5 de Farmacología Clínica)
CEES	5+1	8+2(con Nutrición y Dietética)	-

Fuente: Programas docentes oficiales de las distintas universidades.  
Enfermería Comunitaria 2006; 2(1):---

a médicos, veterinarios y odontólogos aunque en algunos países las enfermeras están autorizadas a realizar prescripciones de un formulario cerrado, como es el caso del Reino Unido donde en este momento se plantean abrirlo.

b) Prescripción colaborativa: en este modelo, se distinguen dos variedades:

- Prescripción colaborativa individualizada: la enfermera puede prescribir como colaborador de un prescriptor independiente, ajustando dosis, modificándolas en función de la evolución del paciente. Es un modelo muy extendido en los ensayos clínicos sobre manejo por enfermeras gestoras de casos de pacientes con insuficiencia cardíaca y uno de los pilares de la efectividad de esta intervención, ampliamente demostrada en la literatura.<sup>27-31</sup> En la actualidad, en atención especializada y primaria esta acción se realiza continuamente, sólo que esta capacidad de modificación no está reconocida formalmente. Su estructuración y reconocimiento no haría más que normalizar una rutina que, día a día, hace posible dinamizar la atención en distintos contextos.

- Prescripción colaborativa estandarizada: pueden estar realizados por grupos consultivos relevantes, sociedades científicas y constituir verdaderas guías de práctica. No se considera prescripción independiente pues sólo permitiría prescribir dentro de los términos del protocolo.

A la luz de lo expuesto anteriormente, parece claro que habría dos estadios bien diferenciados en la prescripción enfermera:

a) Un primer momento en el que se posibilitaría la prescripción de aquellos productos y fármacos que la enfermera utiliza habitualmente en su práctica diaria, sobre los que posee la mayor parte de información para la decisión más correcta y que mejoran la accesibilidad al producto o fármaco, especialmente en colectivos más vulnerables. En la Fig. 1 se correspondería con el área bajo la curva comprendida entre P<sub>0</sub> y P<sub>1</sub> y sería un modelo de prescripción independiente.

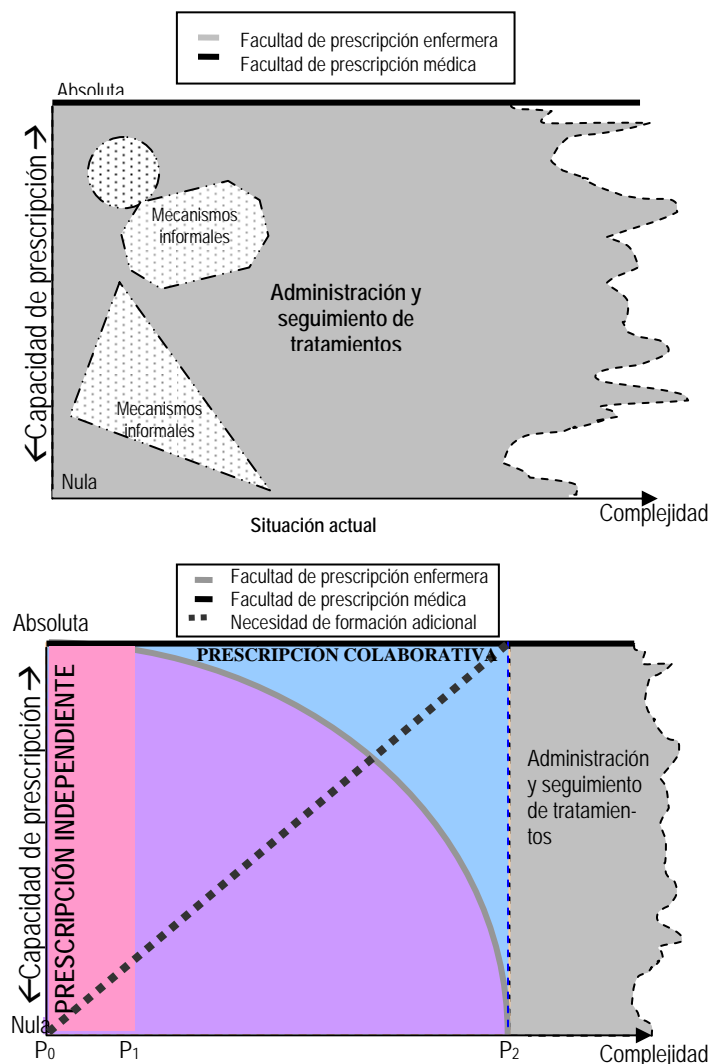
b) Un segundo momento en el que la prescripción enfermera se realizaría conforme a protocolos conjuntos establecidos, para situaciones clínicas de complejidad escasa y fácilmente normalizables mediante este tipo de instrumentos. Sería el área comprendida entre P<sub>1</sub> y P<sub>2</sub> y requeriría, según la complejidad, necesidad adicional de formación postgrado y acreditación de la competencia profesional.

*¿Es una intervención enfermera o se trata de una estrategia que desvirtuaría el ejercicio de la Enfermería?*

Suele argüirse que la prescripción es un acto médico y que las enfermeras no deben incorporar esta práctica a sus funciones habituales. La transición en nuestro país hacia una práctica enfermera basada en una metodología y un marco conceptual, incorporando Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero y afianzando la mirada enfermera en la prestación de cuidados, ha constituido un largo camino de esfuerzos formativos, de gestión del cambio y de transición ideológica en muchos colectivos profesionales. Ahora, propuestas de esta índole suelen desconcertar a muchas enfermeras, que no ven sino una “desviación” del sentido del ejercicio profesional.

A este respecto, deben señalarse algunos elemen-

Figura 1: Escenarios de prescripción



tos a tener en cuenta para el análisis:

-Nos dirigimos hacia un mundo globalizado en el que las nuevas tecnologías ponen a disposición de todos (profesionales y no profesionales) conocimientos relevantes para tomar decisiones de salud. La revolución en las tecnologías de la información ha modificado el acceso de la población a la información sobre salud.<sup>32</sup> Internet es de una accesibilidad extensiva y la disponibilidad de información sanitaria en Internet para usuarios, se convierte así en un nuevo elemento de autocuidado y autogestión de la salud. Vivimos una ampliación de los llamados “fármacos para el autocuidado” que se refleja en los grandes medios de comunicación y que se hará definitivamente más extensa con el tiempo y el uso masivo de Internet. De hecho la Ley del Medicamento recientemente aprobada contempla en uno de sus artículos la promoción de estos productos. La actitud educativa deberá prevalecer sobre la restrictiva si se desea fomentar un uso responsable. Las enfermeras deben estar motivadas y comprometidas en este empeño, pero para ello, es necesario que profesionales que “conviven” diariamente con el medicamento, tengan potestad formal sobre algunos de sus aspectos. Muchas enfermeras perciben todo lo relacionado con los fármacos como algo externo a ellas, debido a la carga que supone implicarse en este terreno estando desposeída de toda capacidad de decisión.

-Como ya se ha mencionado anteriormente, está muy acreditada en la literatura la capacidad de las enfermeras para detectar, paliar o evitar problemas relacionados con los medicamentos, muchos de los cuales deben derivar a un facultativo cuando podrían quedar solucionados de manera inmediata con la adecuada regulación. La discusión corporativa de las atribuciones debería ser sustituida por otra centrada en los intereses del paciente.

-La prescripción enfermera hay que concebirla como un aspecto más del cuidado integral del paciente: cuando una enfermera dispone el uso de algún material o fármaco lo hace centrando su atención en la necesidad alterada y como parte de la resolución global del problema del paciente. Si la enfermera tiene una visión integral de la persona, usa la metodología para detectar respuestas humanas y aplica intervenciones para resolverlas, el uso de fármacos no alterará en lo más mínimo esta orientación, sino que complementará su intervención en los problemas interdependientes. Otra cosa es que la enfermera no tenga incorporado un modelo enfermero y el uso de la metodología a su práctica profesional, pero, el problema no es de la prescripción de fármacos, ya que con o sin ella, la orientación de sus servicios en ninguna medida tendrá carácter integral.

*¿La experiencia anglosajona tiene sentido en nuestro medio?*

El primer Formulario Oficial de Prescripción Enfermera aprobado en el Reino Unido en 1994 se componía de los siguientes productos:

- Laxantes
- Analgésicos
- Anestésicos locales
- Fármacos para el cuidado oral
- Eliminación de tapones de cera óticos
- Fármacos antihelmínticos
- Fármacos para pediculosis
- Productos tópicos
- Desinfectantes y antisépticos
- Productos para el cuidado de heridas
- Vendajes
- Catéteres urinarios y accesorios
- Productos para el cuidado de estomas
- Tiras reactivas y material para el cuidado de la diabetes
- Fármacos y productos para la anticoncepción

Es de notar como en este listado básico de productos se encuentran muchos de los que son utilizados habitualmente en nuestro medio por indicación o consejo de las enfermeras, ya sea a través de recetas o disponiendo directamente su uso al estar disponibles en la cartera de productos que se encuentran en las consultas de enfermería (tiras reactivas y material para el cuidado de la diabetes, para el cuidado de estomas, fármacos y productos para la anticoncepción), salas de curas (productos para el cuidado de heridas, para la eliminación de tapones de cera óticos, catéteres urinarios y accesorios, o desinfectantes y antisépticos) y consultas de enfermería de urgencias (vendajes, anestésicos locales) donde trabajan las enfermeras en nuestras instituciones sanitarias.

También se encuentran aquí productos que no solo podrían ser recomendados por enfermeras, sino que forman parte de la farmacopea para el autocuidado que muchas familias utilizan libremente y cuya utilización sería más que recomendable se hiciera con el consejo de profesionales como las enfermeras o los farmacéuticos (fármacos para la pediculosis, para el cuidado oral, analgésicos o laxantes).

*¿Cómo recibirían esta iniciativa cada una de las partes interesadas?*

Los médicos de familia son los profesionales que más activamente han mostrado su inclinación favorable a estrategias de este tipo, independientemente

del formato. Buitrago resumía en un artículo que “lo importante es que las enfermeras generalistas, que recibieron enseñanzas en farmacología, fisiopatología y manejo de las enfermedades más frecuentes son profesionales que pueden y deben ampliar sus funciones, incluyendo la primera visita a pacientes que hasta ahora siempre demandan ser atendidos por los médicos, puesto que así está establecido en la cultura sanitaria dominante. Y la incorporación de esta nueva tarea podría ser una de las maneras más eficaces de distribuir la carga laboral que genera la población adscrita a un centro de salud.”<sup>33</sup> De forma similar se han expresado autores como Casajuana<sup>34</sup>, Bellón<sup>35</sup>, e incluso el Colegio de Médicos de Barcelona.<sup>36</sup> Es posible que las resistencias por parte del colectivo médico provengan de opiniones muy alejadas de la realidad asistencial de los Centros de Salud.

A nivel institucional, hay Consejerías como la de la Generalitat catalana, que han tomado la iniciativa en el asunto y han desplegado acciones concretas, como el Pla d'hivern para la atención a los procesos gripales<sup>37</sup> y Marina Geli, Consejera de Salud de la Generalitat, afirmaba recientemente que “*se debe dotar de un catálogo cerrado de prescripciones a los profesionales de enfermería. Se realizará siempre bajo supervisión médica y previa formación del personal. Tenemos que dar un salto claro en el papel de la enfermería*”. La Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid ha informado hace unos meses que también “*estudia autorizar que el personal de enfermería de los centros de salud pueda prescribir un número limitado de medicamentos sin que sea necesaria la firma de un médico. La medida afectaría a fármacos contra algunas enfermedades crónicas, vacunas y otros usados en el tratamiento de heridas, además de productos sanitarios como los apósitos*”.<sup>38</sup>

En cuanto a los ciudadanos, en España pese a que el debate está recién iniciado, algunos actores sociales ya se han manifestado a su favor. La Coalición de Ciudadanos con Enfermedades Crónicas, formada por la Liga Europea de Diabéticos, la Liga Reumática Española, la Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España y la Asociación Nacional de Ostomizados e Incontinentes, la Confederación Española de Consumidores y Usuarios y la Confederación Española del Paciente Reumático “*considera positiva la iniciativa de la Comunidad de Madrid para que los enfermeros receten ciertos fármacos*”; ésta Coalición de pacientes pide garantías de que la medida se haga con apoyo médico y respaldo de las autoridades sanitarias.<sup>39</sup>

Fuera de nuestras fronteras se conocen resultados de investigación que muestran la satisfacción de los pacientes atendidos por enfermeras que prescriben, ya sean pacientes crónicos<sup>40</sup> que deben acudir repetidas veces a consulta, como pacientes atendidos por enfermeras ante un problema de salud menor.<sup>41</sup> La propia *Asociación Médica Británica* (BMA) en un pronunciamiento a favor de que las enfermeras gestionen la puerta de entrada al National Health Service, publicó los resultados de una encuesta encargada por la propia BMA y realizada a 1.972 entrevistados adultos en 198 puntos de entrevista el 13 de febrero de 2002 en la que se muestra el apoyo de los pacientes a un papel más relevante de las enfermeras y farmacéuticos en la atención.<sup>42</sup>

*¿Qué se necesitaría para desplegar esta iniciativa?*

En primer lugar, un cambio legislativo. NO pueden desarrollarse más iniciativas locales que con mayor o menor grado de formalidad, intenten aliviar las incongruencias que diariamente surgen por la rigidez legislativa. A la vista del proyecto de Ley del Medicamento aprobado recientemente por el Consejo de Ministros, no hay el menor atisbo de que esta posibilidad vaya a darse en los próximos años y, por tanto, seguirán manteniéndose estas “zonas grises” de la realidad para cohabitar con un corsé legislativo.

En segundo lugar, asumir el modelo de continuum en la facultad prescriptora para cualquier propuesta de desarrollo. Este modelo permite establecer puntos de corte en la implementación e ir analizando su impacto paulatinamente.

Paralelamente, este modelo posibilita la gestión de la competencia profesional adicional que se vaya precisando.

Una vez definido el alcance inicial de la facultad prescriptora, deben analizarse los destinatarios posibles y qué enfermeras son sus principales proveedoras de servicios, porque serán las que finalmente adquieran la capacidad prescriptora. Sería un error extender esta iniciativa a enfermeras que no prestan cuidados en las situaciones que cada fase del modelo describa, ya que no añadiría ningún valor y generaría potenciales situaciones de ineficiencia.

Posteriormente, debería generarse un mecanismo de acreditación y evaluación de la competencia para estas enfermeras, vinculado a instituciones de reconocida solvencia, como las Universidades, Agencias de Calidad Sanitaria, Escuelas de Salud Pública y Sociedades Científicas afines.

En las instituciones de gestión de Atención Primaria y Especializada afectadas, los dispositivos de

apoyo a la gestión de uso racional del medicamento deberían integrar esta nueva situación en su cartera de servicios. Los farmacéuticos de Atención Primaria ofrecen en la actualidad un perfil idóneo para esta función por su competencia y desarrollo específico en la materia.

Durante la transición política en España, Adolfo Suárez ante los miedos de algunos a que el reconocimiento de las libertades democráticas condujera al “caos y el libertinaje” porque los españoles no estuvieran maduros para su ejercicio responsable, respondió que de lo que se trataba era de “elevar a la categoría de normal lo que es normal en la calle”. En este caso, también se trata de que el marco jurídico eleve a categoría de normal “lo que es normal en los centros”, es decir, algo que sucede reiteradamente en miles de centros de nuestra geografía, cuando muchos pacientes, médicos o responsables de la Administración piden a las enfermeras que den servicios que, sin la prescripción y la receta correspondiente, no son posibles.

## Bibliografía

- Harrison MB, Browne GB, Roberts J, Tugwell P, Gafni A, Graham ID. Quality of life of individuals with heart failure: a randomized trial of the effectiveness of two models of hospital-to-home transition. *Med Care*. 2002;40(4):271-82
- Johansson B, Berglund G, Glimelius B, Holmberg L, Sjoden PO. Intensified primary cancer care: a randomized study of home care nurse contacts. *J Adv Nurs*. 1999;30(5):1137-46.
- Broyles RS, Tyson JE, Heyne E, et al. Comprehensive follow-up care and life-threatening illnesses among high-risk infants: A randomized controlled trial. *JAMA*. 2000; 284(16):2070-6.
- Bower P, Roland M, Campbell J, Mead N. Setting standards based on patients' views on access and continuity: secondary analysis of data from the general practice assessment survey. *BMJ*. 2003; 326(7383):258.
- Medicinal Products: Prescription by Nurses. Act 1992. (c28). Disponible en: [http://www.opsi.gov.uk/acts/acts1992/Ukpga\\_19920028\\_en\\_1.htm](http://www.opsi.gov.uk/acts/acts1992/Ukpga_19920028_en_1.htm) (consultado el 12/12/2005)
- McCann T, Hemingway S. Models of prescriptive authority for mental health nurse practitioners. *J Psych Mental Health Nursing*. 2003; 10(6):743-9.
- Nolan P, Carr N, Doran M. Nurse prescribing: the experience of psychiatric nurses in the United States. *Nursing Standard*. 2003; 18(26):33-8.
- Hales A, Karshmer J, Montes-Sandoval L, Fiszbein A. Preparing for prescriptive privileges: a CNS-physician collaborative model. Expanding the scope of the psychiatric-mental health clinical nurse specialist. *Clinical Nurse Specialist* 1998; 12(2):73-80.
- Cooper N, Blackwell D, Taylor G. Holden K. Pharmacist's perceptions of nurse prescribing of emergency contraception. *British Journal of Community Nursing* 2000; 5(3):126-31.
- Luker KA, Austin L, Hogg C. Evaluation of Nurse Prescribing: Final Report and Executive Summary. Liverpool. University of Liverpool. 1997.
- Brooks N, Otway C, Rashid C, Kilty E, Maggs C. The patient's view: the benefits and limitations of nurse prescribing. *British Journal of Community Nursing* 2001; 6(7):342-8.
- Lewis-Evans A, Jester R. Nurse Prescribers' experiences of prescribing. *J Clin Nursing*. 2004; 13: 796-805 .
- Latter S. Courtenay M. Effectiveness of nurse prescribing: a review of the literature. *J Clin Nursing*. 2004;13(1):26-32.
- Baird A, Jones K, Heywood S. The new consultation on the Nurse Prescribers' Extended Formulary. *Nurse Prescribing*. 2004; 2(3):104, 106-10.
- Hodnicki DR, Dietz A, McNeil F, Miles K. Medication-ordering patterns of advanced practice registered nurses in Georgia, 2002. *Am J Nurse Practitioners*. 2004; 8(1):9-12, 15-8, 23-4.
- Wilhelmsson S, Foldevi M. Exploring views on Swedish district nurses' prescribing--a focus group study in primary health care. *J Clin Nursing*. 2003; 12(5):643-50.
- Hughes F, Lockyer H. Evidence and engagement in the introduction of nurse prescribing in New Zealand.. *Nurse Prescribing*. 2004; 2(3):131-6.
- McCartney W, Tyrer S, Brazier M, Prayle D. Nurse prescribing: radicalism or tokenism? *J Adv Nursing*. 1999; 29 (2); 348-354.
- Kinnersley P, Anderson E, Parry K, Clement J. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting “same day” consultations in primary care. *BMJ*. 2000; 320: 1043-1048.
- Shum C, Humphreys A, Wheeler D, Cochrane MA, Skoda S et al. Nurse management of patients with minor illness in general practice: multicentre, randomised controlled trial. *BMJ*. 2000; 320: 1038-1043.
- Venning P, Durie A, Roland M, Robets C, Leese B. Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *BMJ*. 2000; 320:1048-1053.
- Casajuana Brunet J. En busca de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer. *FMC*. 2005; 12(9); 579-81.
- Morrison-Griffiths S, Snowden MA, Pirmohamed M. Pre-registration nurse education in pharmacology: is it adequate for the roles that nurses are expected to fulfil? *Nurse Education Today*. 2002; 22: 447-456.
- Horton R. Nurse-prescribing in the UK: Right but also wrong. *Lancet*. 2002; 359:1875-77.
- Jones AC, Coulson L, Muir K, Tolley K, Lophatananon A, Everitt L, Pringle M, Doherty M. A nurse-delivered advice intervention can reduce chronic non-steroidal anti-inflammatory drug use in general practice: a randomized controlled trial. *Rheumatology*. 2002;41(1):14-21

26. Morrison-Griffiths S, Walley TJ, Park B, Breckenridge AM, Pirmohamed M. Reporting of adverse drug reactions by nurses. *Lancet*. 2003; 361, 1347-48
27. Blue L, Lang E, McMurray JJ, et al. Randomised controlled trial of specialist nurse intervention in heart failure. *BMJ*. 2001; 323(7315):715-8.
28. Ekman I, Fagerberg B, Andersson B, Matejka G, Persson B. Can treatment with angiotensin-converting enzyme inhibitors in elderly patients with moderate to severe chronic heart failure be improved by a nurse-monitored structured care program? A randomized controlled trial. *Heart & Lung: Journal of Acute & Critical Care*. 2003; 32(1):3-9.
29. Phillips CO, Wright SM, Kern DE, Singa RM, Sheperd S, Rubin HR. Comprehensive Discharge Planning With Postdischarge Support for Older Patients With Congestive Heart Failure. A Metaanalysis. *JAMA*. 2004;291:1358-1367
30. Stewart S, Marley JE, Horowitz JD. Effects of a multidisciplinary, home-based intervention on unplanned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure: a randomised controlled study. *Lancet*. 1999; 25(354):1077-1083
31. Morales Asencio JM, Sarría Santamera A. Modelos alternativos de atención a personas con insuficiencia cardiaca: revisión sistemática. *Rev Calidad Asistencial*. 2005 (en prensa).
32. Jovell A. Medicina basada en la afectividad. *Med Clín*. 1999; 113(5): 173-175.
33. Buitrago F. Los pacientes que solicitan consulta para ser atendidos en el mismo día están igual de satisfechos cuando son vistos por enfermeras generalistas que cuando son atendidos por sus médicos de cabecera. C@P. Disponible en: <http://www.cap-semfyc.com>. Consultado el 11-12-05.
34. Casajuana Brunet J. El trabajo médico-enfermera. *Aten Primaria*. 1998; 22 supl 1: 49-57.
35. Bellon Saameno JA. La consulta del médico de familia: como organizar el trabajo (1). La consulta a demanda. En: Gallo Vallejo FJ, Leon Lopez FJ, Martínez Canavete Lopez-Montes T, Torio Durantes J, editores. *Manual del médico residente de medicina familiar y comunitaria*. 2ª ed. Madrid: semFYC; 1997.
36. Junta de govern del COMB. Posició del COMB en relació al Plá d'hivern. Disponible en: [http://www.comb.es/cat/passeig/noticies/comunicat\\_ics.htm](http://www.comb.es/cat/passeig/noticies/comunicat_ics.htm), consultado el 12-12-05.
37. Morera R, et al. Pla d'hivern. Barcelona. Institut Català de Salut. 2004.
38. Güell O. Sanidad estudia permitir a los enfermeros que receten medicinas a pacientes crónicos *El País*, 12 de julio de 2005: 34.
39. Disponible en <http://www.coalicion.org/prensa/indexnoticia.php>, visitada el 10 de diciembre de 2005.
40. Mundinger MO, Kane RL, Lenz ER, Totten A, Tsai W-Y, Cleary PD. Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: a randomized trial. *JAMA*. 2000; 283: 59-68.
41. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*. 2002; 324: 819-823.
42. British Medical Association. BMA suggest nurses could become gatekeepers of the HNS. *BMJ*. 2002; 324: 565.