

Prescripción de enfermería

✘ *Publicamos un interesante y exhaustivo análisis de Javier Rey sobre la PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA. En opinión de NOGRACIAS, la norma aprobada por el gobierno en un RDL publicado en el BOE del 23/12/2015, que ha merecido un amplísimo rechazo de los profesionales de enfermería y de numerosas asociaciones del sector, ha dejado claro que no hay “prescripción enfermera” pese a que en algunos países ya es habitual: Reino Unido, Irlanda, Suecia o Francia, y que ya se aplica en determinadas CCAA, directa o indirectamente. En realidad, se reclama algo tan básico como dar cobertura legal a la inseguridad jurídica generada por la Ley del Medicamento... Una reivindicación que se adecua perfectamente a la formación académica (Grado Universitario de Enfermería), al desarrollo actual de la profesión (con competencias y una metodología de trabajo propias que incluyen el diagnóstico enfermero) y a las necesidades de la población (prueba de ello es su demanda en el quehacer cotidiano).*

La prescripción enfermera, por tanto, beneficiaría a las enfermeras, a los profesionales de la salud en general, a los gestores del sistema sanitario y, sobre todo, a los propios pacientes. Por ello, reclamamos la retirada del RD y una regulación que garantice la capacidad de prescripción de la enfermería de medicamentos de uso habitual, con la adecuada formación de sus profesionales para garantizar la calidad.

En todo caso, para la prescripción de enfermería no resuelve dos problemas fundamentales: Primero, no entra en el fondo de los problemas estructurales de la ordenación de las profesiones sanitarias en nuestro país, ni las limitaciones que los profesionales de enfermería tienen dentro del propio sistema sanitario. Segundo, la prescripción actual de los médicos está rodeada de conflictos de intereses comerciales y una insoportable dependencia del mercado farmacéutico. Extender la prescripción a la enfermería, sin las necesarias

garantías éticas y de uso razonado, incorporará un nuevo actor pero dejará sin resolver estos graves dilemas. Para Nogracias, desde el apoyo a la prescripción de enfermería, la prioridad es la prescripción independiente y razonada, con la incorporación a la agenda de una estrategia de desprescripción que ponga freno a la medicalización y la utilización indebida e innecesaria de los fármacos y la tecnologías de la salud (<http://www.nogracias.eu/2013/08/01/prescripcion-saludable/>)

✘ **JAVIER REY DEL CASTILO** ha sido Director General de Alta Inspección y Secretario del Consejo Interterritorial en el Mº de Sanidad, es autor de varios libros, el más reciente Análisis y propuestas para la regeneración de la sanidad pública en España, numerosos artículos en diferentes medios sobre temas sanitarios y profesor en distintas escuelas de Salud Pública

LAS POLÍTICAS SOBRE PERSONAL SANITARIO DE TODOS LOS PARTIDOS, EN EL ESPEJO DE LA «PRESCRIPCIÓN ENFERMERA»

Cualquier observador desde otro país desarrollado de la situación actual de nuestro sistema sanitario se sentiría desconcertado porque su principal problema aparente, si tenemos que hacer caso a la atención que le han prestado los medios, los diputados «en funciones», y los gobiernos de las CCAA durante la primera legislatura fallida que acaba de terminar, sea la llamada «prescripción enfermera».

I.- La “prescripción enfermera” en otros países.

En muchos de ellos la prescripción por personal de enfermería de determinados medicamentos reservados hasta hace poco a la prescripción de los médicos forma parte de la atribución de responsabilidades más amplias a determinados grupos de la profesión enfermera, que constituyen lo que se ha dado en llamar “*enfermería de práctica avanzada*”.

En todos los países en los que se están desarrollando esa

forma ya no tan nueva del ejercicio profesional enfermero, entre los que se encuentra *Canadá*, a cuyos ejercientes se ha bautizado en los países anglosajones como "*nurse practitioners*", éstos desempeñan sus funciones en ámbitos concretos de actuación (atención domiciliaria; "*nursing homes*"; ciertas modalidades de la atención especializada a pacientes renales u otros grupos de pacientes crónicos). Esa calificación agrupa en todo caso sólo a grupos minoritarios, que en ninguno de los países en que existe esa práctica supera el 10% de los que ejercen en cada uno la profesión enfermera. Para la constitución (y formación) diferenciada de esos grupos en el seno de ésta se han apuntado razones económicas y profesionales (menores costes de formación, e igual capacidad de ejercer las mismas funciones con seguridad y calidad si están adecuadamente formados). En ese contexto, la definición de los medicamentos que pueden incluirse en la prescripción por esos grupos específicos de "*enfermeros avanzados*" forma parte de un debate permanente más amplio sobre las funciones que debe desempeñar ese personal, cuya característica principal es ejercer las mismas con un grado mayor de independencia con respecto a los médicos .

A la vez, en todas partes esos nuevos desarrollos profesionales de la enfermería encuentran *resistencias por parte de las organizaciones médicas*, que tratan de limitar el ejercicio de las funciones que les estaban *reservadas a éstos previamente*. Eso no impide en todo caso que, por las *razones económicas y profesionales* en las que se basan esos desarrollos, las resistencias médicas en los países en que eso ocurre, entre ellos los Estados Unidos, vayan "*lentamente perdiendo*" su batalla frente a los modelos de "*enfermería avanzada*", que *se van extendiendo*; e incluso que, pese a la oposición de las asociaciones médicas, el sistema público parcial que cubre allí a los veteranos de guerra (Veterans Administration) haya optado por el desarrollo de esa figura como clave preferente de su propia *sostenibilidad sanitaria y financiera*.

Que el envejecimiento de las poblaciones de los países

desarrollados, y el predominio de las enfermedades crónicas, hagan previsible el aumento de las necesidades de esos *grupos específicos de personal de enfermería* no excluye, sin embargo, que sigan siendo necesarias otras formas “tradicionales” de ejercer la profesión enfermera, centradas en el «cuidado» antes que en la «curación, en sentido distinto a los médicos. Como consecuencia de todo ello, en la mayoría de los países la enfermería se encuentra dividida en categorías y *niveles profesionales distintos por formación y titulación*. Y en ese contexto, el uso de los medicamentos prescritos por los médicos, lo mismo que de los que no necesitan prescripción, por quienes forman parte mayoritaria de las formas ordinarias, no “avanzadas”, de ejercer la profesión enfermera, no constituye ningún problema que requiera una solución especial, aunque ese uso haya ganado en calidad por el aumento y la mejora de la formación farmacológica en los currícula básicos de la enfermería que acompaña en todos los países el desarrollo de ésta.

II.- La “prescripción enfermera” en España

II.1) Antecedentes

En nuestro país, el reconocimiento de la “prescripción enfermera”, entendida como la prescripción por personal de enfermería de medicamentos antes reservada a los médicos, es una reivindicación largamente sostenida por las representaciones corporativas de la enfermería en España, principalmente su organización colegial y el SATSE, el sindicato corporativo mayoritario de esta profesión. Una reivindicación que en sus manos ha parecido de siempre más orientada a alcanzar una posición “mini-médica” que a un desarrollo propio de su misma profesión.

En todo caso, el primer reconocimiento expreso y formal de la necesidad de impulsar la prescripción de medicamentos y productos sanitarios por parte del personal de enfermería tuvo lugar en 2004, y lo llevó a cabo la Consejería de Sanidad de Cataluña. En 2005 se firmó un acuerdo entre las autoridades

sanitarias de aquel territorio y las representaciones profesionales del mismo para hacer efectivo el despliegue de su regulación. Fue, sin embargo, la CA de Andalucía la primera en disponer de una regulación autónoma de la prescripción enfermera en 2009; una regulación que, sin embargo, no aludía a la prescripción de medicamentos reservados a los médicos, sino tan solo a la forma de prescribir medicamentos y productos sanitarios no precisados de receta médica por el personal de enfermería en aquella CA. Esta disposición, que no contradice en lo esencial el RD 594/2015, continúa en vigor. Sin embargo, pocos meses después de la promulgación de la norma andaluza, la Ley 28/2009, que introdujo determinadas modificaciones en el artículo 77 de la Ley 14/2006, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, previó en la nueva redacción de ese artículo la regulación de la prescripción por el personal enfermero de determinados medicamentos antes reservados al personal médico. Esta posibilidad, y los términos en que fue redactada, fue planteada en las Cortes desde la representación de CiU por una diputada era enfermera de profesión, que lograba así el éxito para una propuesta que había formulado ya previamente para la redacción de la Ley del 2006, y que entonces había fracasado. Un dato fundamental para alcanzar el éxito en este caso fue el cambio de posición del Partido Socialista, que había rechazado la propuesta en 2006, pero no lo hizo tres años después, sin que quedaran muy claras las razones de ese cambio de posición. Del nuevo texto del artículo 77 de la Ley 14/2006 conforme a lo establecido en la modificación legal de 2009, merece la pena destacar que el mismo fijó que *“el Gobierno regulará la indicación, uso y autorización de dispensación de determinados medicamentos sujetos a prescripción médica por los enfermeros, en el marco de los principios de la atención integral de salud para la continuidad asistencial, mediante la aplicación de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial (¿?) (La interrogación es del autor de este texto, que sigue sin entender qué protocolos pueden ser éstos, y cómo pueden se pueden aplicar en cualquier situación, sin interferir con la*

atención ordinaria), de elaboración conjunta, acordados con las organizaciones colegiales de médicos y enfermeros y validados por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. El Ministerio de Sanidad y Política Social con la participación de las organizaciones colegiales referidas anteriormente, acreditará con efectos en todo el Estado, a los enfermeros para las actuaciones previstas en este artículo". Por su parte, la nueva redacción dada en la misma norma de 2009 a la Disposición adicional duodécima de la Ley 14/2006 se refería a la misma cuestión indicando que *"el Gobierno fijará, con la participación de las organizaciones colegiales de enfermeros y de médicos, los criterios generales, requisitos específicos y procedimientos para la acreditación de dichos profesionales, con efectos en todo el territorio del Estado, en las actuaciones previstas en el artículo 77.1"*.

II.2) El desarrollo más reciente.

La falta de sentido político del actual Gobierno del PP en funciones en la elaboración, la aprobación y la promulgación de la norma que ha regulado finalmente estas cuestiones, el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, no es discutible: el RD lleva la fecha de octubre citada, cuando el Gobierno actuaba con plenas facultades; pero no se publicó hasta el 23 de diciembre pasado, es decir, tres días después de las últimas elecciones generales, con el mismo Gobierno ya en funciones.

El primero de esos textos fue el resultado de una larga negociación de su redacción llevada a cabo primero durante varios años por el Ministerio de Sanidad sólo con las organizaciones corporativas enfermeras. Los términos de la norma fueron supuestamente cerrados con el acuerdo de esas organizaciones antes de que el Gobierno aprobase un texto en Octubre de 2015. Ese texto fue, sin embargo, modificado después, antes de su publicación el 23 de diciembre, a instancias de la Organización Médica colegial, alterando la redacción literal de algunos artículos, de una forma que ha

sido considerada inaceptable por las organizaciones enfermeras. Lo que ha dado lugar a un *conflicto legal*, y más verbal que real, aún sin solución.

Los cambios más significativos introducidos en el proyecto acordado con las organizaciones enfermeras suponen la sustitución del apartado 2 del artículo 3 del proyecto, por una nueva redacción. Ambas pueden leerse más abajo.¹ Cualquier lector de ambos textos dotado de un conocimiento sectorial normal y una capacidad hermenéutica media queda lejos de poder comprender el significado profundo de las modificaciones reales que el cambio supuso, más allá de que el mismo derivase de una intervención del Consejo General de Colegio de Médicos; una intervención, por otra parte, conforme a lo descrito, establecida de manera literal en la norma legal más inmediata, la ley de 2009, que dio pie a esa regulación.

Sin embargo, conforme a los recursos presentados por las organizaciones enfermeras contra la norma, los términos del texto publicado podrían dificultar o incluso impedir el uso los medicamentos, no sólo los reservados a la prescripción exclusiva de los médicos, que venían haciendo los enfermeros hasta ahora (no sólo administración de los mismos, sino también vacunaciones o curas) dada la ausencia de las guías y protocolos a los que se refiere la norma, que supuestamente exigirían la indicación por escrito en cada caso del protocolo a seguir. Se trata de una interpretación que no es, compartida por *otros observadores y asociaciones*.

Ese sesgo interpretativo ha sido, por el contrario, ampliamente propiciado desde las *representaciones corporativas enfermeras*, que han basado además en el mismo el recurso de la norma ante los tribunales. Éstos los han *admitido a trámite*; sin embargo, han *rechazado la suspensión de su ejecución* en tanto los recursos se tramitan, alegando que su aplicación no puede producir daños de imposible reparación.

Esta última apreciación ha servido para que las propias organizaciones enfermeras trataran de estimular el conflicto, exigiendo el *cumplimiento literal* por las enfermeras en activo

de lo que se deriva de la norma según su propia línea de interpretación). Por su parte, para no quedarse atrás, CC00, UGT y CSIF *presentaron también sus recursos*, aunque en este caso basados en bases argumentales distintas, incluida la ausencia de necesidad de la norma para regular las actuaciones “normales” indicadas .

A su vez, sobre la misma base interpretativa propiciada por ellas, las organizaciones enfermeras promovieron también una *huelga de celo solapada* de escaso seguimiento, salvo algunos servicios concretos. Un intento de huelga estimulado bajo la *amenaza supuesta* de que, tras la norma, de seguir actuando los enfermeros en el uso ordinario de los medicamentos de la misma forma, y si se produjera algún problema derivado de ese uso, el mismo podría quedar al descubierto en la *cobertura de riesgos* por las pólizas de responsabilidad civil que cubren a esos profesionales, en buena parte contratadas a través de los propios colegios de enfermería. Una supuesta amenaza que fue *desmentida* por las propias compañías de seguro en consultas formuladas a las mismas.

Esa misma interpretación ha sido, sin embargo, compartida con escasas cautelas por los parlamentarios elegidos en la legislatura recién cerrada hasta el punto de promover una proposición no de ley en el Congreso, decaída tras la disolución de las Cortes, en la que se instaba al Gobierno en funciones a derogar el Real Decreto 945/2015. Fue durante la tramitación de esa propuesta, aprobada por todos los grupos con la excepción del PP, cuando el portavoz sanitario socialista calificó la norma como un “*atentado*” *contra el ejercicio de la profesión enfermera*; una materia sobre la que hasta la publicación de esta norma, habían demostrado muy escasa, si alguna, atención.

Por su parte, el eco del supuesto conflicto enfermero entre las *administraciones autonómicas*, muchas de las cuales han reaccionado impugnando la misma norma ante los tribunales de justicia por *vulneración de sus propias competencias*, parece más un mecanismo de legítima defensa frente a las *presiones corporativas ejercidas sobre cada una de ellas*, que una

expresión de acuerdo con los planteamientos de fondo de las organizaciones enfermeras.

La escasa correspondencia para cualquier lector no avezado entre los cambios producidos en la redacción de unos textos difícilmente comprensibles y los daños, reales o ficticios, infringidos a una profesión en su conjunto por la nueva redacción de una norma concreta, obligan, sin embargo a buscar razones que justifiquen valoraciones tan extremas acerca de un asunto, en apariencia, menor.

III.- Diferencias entre la regulación de la enfermería, incluida la «prescripción enfermera», en España y en otros países.

Desde el punto de vista académico no existen diferencias relevantes entre el nivel de la enfermería en España y el que se da en otros países. El nivel mínimo de diplomatura universitaria del que dispone en España la profesión enfermera es homologable al de cualquier otro país desarrollado. La calidad de la formación de las enfermeras españolas ha sido expresamente reconocida por las propias organizaciones enfermeras que están promoviendo el conflicto en relación con la prescripción.

Por el contrario, desde el punto de vista funcional, la diferencia más perceptible es la homogeneidad del desarrollo de la enfermería en España y la ausencia de categorías profesionales distintas dentro de la misma profesión. Tal homogeneidad se acompaña de la ausencia de una regulación expresa y específica de esas formas de "enfermería de práctica avanzada" que se dan en otros países, en los cuales se vincula de manera restringida a las mismas el desarrollo de nuevas capacidades de prescripción de algunos medicamentos antes reservada a los médicos.

Esa ausencia de regulación de los ámbitos en los que tienen cabida esas nuevas formas de prescripción, está, por su parte

íntimamente vinculada al distinto carácter de la regulación de la “prescripción enfermera” en España de la que se da en otros países: así como en estos últimos la misma se vincula al desarrollo del ejercicio profesional en ámbitos concretos de actuación y no en otros, y como instrumento de mejora de los propios servicios, en el caso de la regulación española la acreditación que otorga el acceso a la prescripción enfermera, siguiendo pautas establecidas en normas legales previas, y conforme a lo dispuesto en el artículo 10 del RD 594/2015, “*se iniciará siempre a solicitud del interesado*”, sea cual sea el puesto desempeñado por éste en el sistema sanitario. De hecho, la norma prevé de manera expresa su aplicación, y las condiciones para obtener la acreditación correspondiente, tanto en el ámbito de los «cuidados generales» como en el de los «especializados», dejando a cada interesado la elección de una u otra opción, no vinculada a la función o puesto de trabajo desempeñado en el servicio público (o en el privado) de salud.

Esta tendencia observable en nuestro país a considerar el progreso de la enfermería como algo principalmente vinculado al desarrollo profesional (y retributivo) personal de cada uno de los enfermeros titulados, y no tanto al desarrollo de mejoras en la atención prestada por el conjunto, y por grupos específicos de ellos, en el sistema sanitario, tiene raíces profundas, que alcanzan al peculiar desarrollo de la profesión enfermera desde los inicios del actual período democrático.

En ese plazo, de poco más de treinta años, desde el punto de vista académico la enfermería ha pasado de ser una profesión con titulación de nivel medio, a ser en el momento actual, tras su consideración transitoria como una diplomatura, un grado universitario, con posibilidades de adquirir el nivel de maestría, y la de acceder por quienes alcanzan ese nivel al doctorado en enfermería.

Sin embargo, esas mejoras académicas no han tenido ningún reflejo en el cambio de las condiciones del ejercicio de la

profesión, ni en el sistema sanitario público ni menos aún en el privado, ni en su diversificación en categorías profesionales distintas, acordes con el nivel formativo y de titulación alcanzado por cada profesional enfermero. Por el contrario, se han ido traduciendo de manera mecánica en la mejora correlativa en los niveles retributivos correspondientes al cambio del nivel de titulación, en este caso en un ámbito, el público, donde las retribuciones se fijan en función de la titulación académica necesaria para desempeñar cada puesto. Lo que ha obligado incluso a la introducción de una nueva categoría profesional, la A2, entre las categorías administrativas existentes en el mismo.

Ejemplos concretos de ese enfoque "personalista" en términos de ventajas obtenidas por cada enfermero como expresión principal del desarrollo de la enfermería en nuestro país, y no los cambios institucionales y ampliación de sus funciones que se pudieran producir en el ejercicio de su papel por el personal de enfermería, se pueden encontrar tanto en el ámbito académico como en el sistema sanitario.

En el primero, el mejor ejemplo es el proceso de "nivelación académica" que tuvo lugar a principios de los años 80, que se tradujo en el aumento del nivel retributivo generalizado correspondiente a la adquisición formal del nivel de diplomatura que adquirió la totalidad de la profesión, sin cambiar para nada las condiciones de trabajo de ningún enfermero en el SNS.

En este último, la creación de "consultas de enfermería" al constituirse los primeros "equipos de atención primaria" tras el Real Decreto 137/1984, de estructuras básicas de salud, supuso sólo la mejora de las condiciones laborales, en especial las relativas a horarios y turnos de trabajo, del personal que se incorporó a las mismas, en buena parte procedente de áreas hospitalarias especializadas como consecuencia de los baremos aplicados. Por el contrario, supuso una hipoteca manifiesta para otros desarrollos de

“enfermería avanzada” en un terreno que, como demuestran los desarrollos de otros países, es especialmente adecuado para ello.

Como se ha considerado en *algunos trabajos* , “*las élites profesionales en general y las enfermeras en particular tiendan a confundir sus propios intereses con los de la profesión, que, por otro lado, es un colectivo más heterogéneo que lo que se piensa, en el que coexisten diferentes visiones e intereses. Los desarrollos enfermeros introducidos por las élites para intentar ser admitidas en pie de igualdad en las estructuras políticas, académicas, profesionales o directivas como una profesión diferenciada y reconocida, no han tenido precisamente un coste cero en términos de carrera, estatus, reconocimiento, motivación y autoestima de muchas enfermeras asistenciales. En España, los procesos de socialización en el seno de las escuelas de enfermería han tenido un marcado componente ideológico, articulado en torno al dogma enfermero, lo cual explica que el contraste percibido con frecuencia entre lo que la enfermera ha aprendido e interiorizado durante su formación acerca de lo que significa ser enfermera y la realidad laboral sea un tanto traumático y frustrante a medio plazo*”.

IV.- Razones para el desarrollo peculiar de la enfermería en España

La similitud del desarrollo académico enfermero en España con el de otros países no permite sugerir que esa situación de la enfermería en España se deba a razones de esa naturaleza. En todo caso, las peculiares relaciones de los Ministerios de Sanidad y Educación en la regulación de las profesiones sanitarias han sido desde siempre motivo de confrontaciones entre ambos, resueltas con frecuencia en sentido distinto a la disponibilidad del personal más adecuado para el desarrollo del SNS.

Por el contrario, es la organización corporativa de la

profesión enfermera la que puede justificar su peculiar desarrollo funcional en el sistema sanitario, que nos diferencia con claridad de lo que ocurre en la realidad de otros países. Del desarrollo corporativo mencionado cabe destacar tres aspectos:

IV.1) La obligatoriedad de la colegiación.

En buena parte de los países de nuestro entorno las organizaciones profesionales desempeñan funciones de encuadramiento profesional obligado a las que, en especial en los países anglosajones, acompañan funciones delegadas por las administraciones respectivas para controlar mediante diferentes sistemas el acceso al ejercicio profesional, sistemas que complementan el requisito formal de la titulación académica. En todo caso, que la inclusión en organizaciones profesionales figure como requisito para ejercer las profesiones respectivas conlleva en paralelo disponer por aquéllas de la capacidad para valorar y controlar el ejercicio de quienes ejercen la profesión respectiva.

La situación es distinta en España. La obligatoriedad de "apuntarse" y cotizar a las organizaciones profesionales, incluso aunque, como ocurre con las profesiones sanitarias, su desempeño se lleve a cabo de manera muy importante en el ámbito público, deriva de normas preconstitucionales que no han sido cambiadas, que obligan al encuadramiento en las mismas de manera mecánica, sin ninguna condición añadida a la de disponer de la titulación correspondiente.

Sucesivos intentos de suprimir el carácter obligatorio de la colegiación durante la democracia, especialmente intensos y sostenidos en el caso de los médicos, han sido repetidamente rechazados por vía judicial, negando la inconstitucionalidad de la norma anterior a la Constitución española que obliga a la colegiación sin excepción, en tanto no se produzca su sustitución por una nueva norma con rango de ley que, eso sí, podría hacerla no obligatoria en determinados casos. Por el

contrario, no ha habido otras opciones dirigidas a garantizar el funcionamiento democrático interno de las distintas organizaciones corporativas (lo que permite que se sigan produciendo episodios que cabría calificar de grotescos si no es por su trascendencia, como el que ha tenido lugar en las elecciones "secretas" más recientes del *colegio de enfermería de Madrid*. No menos patético es el diseño desde las organizaciones enfermeras de un grupo de "enfermeras centinela" para "velar por la seguridad de los hospitales y centros sanitarios del país" , funciones que exceden por completo de lo que son las competencias de cualquier organización corporativa respecto al sistema público o privado en el que se integren sus miembros).

Por su parte, el intento de una nueva ley siempre se ha dirigido a lograr una norma "marco" que sirviese para todas ellas, que finalmente nunca alcanza a tramitarse, y no ha habido ninguno que pretendiera una norma específica para alguna profesión concreta.

En esas condiciones, de la afiliación y el cumplimiento de la obligatoriedad de la cotización a las organizaciones colegiales, en particular las sanitarias, no se deriva ninguna ventaja para los obligatoriamente afiliados, ni incentivo alguno para participar en la vida interna de las organizaciones respectivas. Una situación que se plasma en los bajísimos porcentajes de participación habituales en las elecciones para elegir los cargos directivos de aquéllas. Y, a la vez, en la incapacidad de las organizaciones constituídas, por otra parte carentes como tales de la capacidad necesarias para contribuir a ejercer cualquier orientación y control efectivo real sobre el ejercicio profesional de los obligatoriamente afiliados a ellas.

Por el contrario, tal situación ha proporcionado el medio de cultivo adecuado para que los colegios profesionales, de manera muy especial los sanitarios más importantes, hayan facilitado su captación por grupos de interés específicos en

cada profesión, que ponen su funcionamiento al servicio de esos intereses sesgados, o cuando menos parciales, distintos en todo caso a los intereses generales de quienes ejercen la profesión, y más aún del sistema sanitario público en que se ejerce de manera preferente ésta. Una situación, por otra parte, con escasas posibilidades de reversión sin intervenciones externas que sirvan para modificar las condiciones que regulan la colegiación y la afiliación obligada a los colegios. Lo que ocurre de una manera peculiar y específica en el caso de la enfermería, en cuya representación se vienen perpetuando los mismos cargos desde hace más de dos décadas.

IV.2) El reconocimiento de las organizaciones corporativas por las administraciones sanitarias.

Las limitaciones apuntadas de las representaciones corporativas sanitarias no han sido, sin embargo, óbice, más bien al contrario, para el reconocimiento formal de éstas por las distintas administraciones sanitarias, en particular por el Ministerio de Sanidad. Un reconocimiento que se ha trasladado a las administraciones autonómicas de manera mimética.

Por parte de todos los gobiernos sanitarios habidos hasta ahora en España el objetivo principal de cualquiera de ellos en relación con las profesiones sanitarias ha sido ante todo evitar los conflictos sectoriales por la repercusión pública que pudieran tener éstos, incluso aunque se generasen al margen de las organizaciones corporativas correspondientes: las huelgas de médicos a mediados de los años 80 y principios de los 90, capitaneados por «coordinadoras» profesionales, que han aparecido después también otras veces, fueron buen ejemplo de ello. Por el contrario, el fracaso absoluto de un movimiento corporativo contra la Ley General de Sanidad promovido por la Organización Médica Colegial (OMC), dirigida en aquel momento por el *Dr. Ramiro Rivera*, fue el primer ejemplo de la escasa capacidad de movilización de las

organizaciones corporativas sanitarias, de base tan frágil como la que se deriva de sus peculiares mecanismos de afiliación obligatoria y funcionamiento ajeno a los intereses de quienes forman parte de ellas.

El fracaso, salvo las molestias temporales provocadas en algunos casos, de la actual huelga de celo promovida por la Organización colegial enfermera, con el apoyo expreso del SATSE, contra el RD 954/2015 es otro ejemplo de esa escasa capacidad real de la profesión enfermera para movilizarse en torno a los planteamientos sesgados, y guiados por el interés de parte, de quienes la dirigen formalmente. (Un fracaso ante el que las propias organizaciones enfermeras han reaccionado con nuevas amenazas: la primera, la de convocar nuevas movilizaciones (*i*) cuando se disponga de un nuevo *gobierno estable*; la segunda, la de acudir a los tribunales europeos por un supuesto incumplimiento de las directivas que “obligan” genéricamente al desarrollo de la enfermería en todos los países europeos, y en concreto al del “*diagnóstico enfermero*” como un acto independiente y necesario para el ejercicio de la profesión). Unas amenazas dirigidas en apariencia a obtener efectos más publicitarios que otra cosa, y distantes por completo de los intereses y la situación real del conjunto de la profesión enfermera).

Pese a todo, las administraciones sanitarias parecen haber centrado su interés principal en formalizar la representación de las profesiones sanitarias ante ellas, aunque sea a costa de ceder en la elaboración de políticas propias de personal sanitario. La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, estableció mecanismos expresos para hacer efectiva su participación en la elaboración de las políticas sanitarias, entre ellos la creación del Consejo Nacional de Especialidades, al que se han incorporado también las especialidades enfermeras. En la práctica, este órgano lidera las políticas de desarrollo de las profesiones sanitarias, con escasa capacidad de iniciativa independiente

por parte de los órganos ministeriales que deberían promoverlas con objeto de alinearlos con el mejor funcionamiento y las necesidades del Sistema Nacional de Salud.

Los acuerdos firmados con distintas corporaciones, también la enfermera, por el actual ministro de Sanidad en funciones nada más ser nombrado, alcanzados en unos «foros profesionales» hacia los que se vehiculan las reivindicaciones corporativas, que se transforman de inmediato en vías de desarrollo preferente sin ninguna otra valoración, son un ejemplo aún más reciente de la obsesión político-administrativa por neutralizar aquéllas, pese al escaso apoyo del que puedan gozar entre los miembros de las organizaciones respectivas.

Además, en el caso concreto de la «Mesa de la profesión enfermera», la misma está constituida tan solo por la Organización colegial enfermera y el SATSE; una composición reducida que contrasta con la del foro de la profesión médica, que reúne un número de organizaciones mucho más amplio y diversos, y alcanza hasta los estudiantes de Medicina. Lo que sesga aún más los planteamientos de esa Mesa hacia los intereses de las dos organizaciones que la componen, sin ningún mecanismo de participación añadido que pueda modular sus propuestas de manera independiente de los planteamientos, por otra parte coincidentes en las grandes líneas, de cada una de ellas.

IV.3) La constitución de grupos de interés dominantes en el seno de cada profesión, y la situación particular de la enfermería.

Más allá de las actitudes de las administraciones, los mecanismos que han facilitado la posibilidad de que distintos grupos de interés utilicen la representación corporativa obligatoria para sus propios intereses son distintos en cada una de las profesiones sanitarias.

Para el caso de los farmacéuticos, las políticas de concertación de las oficinas de farmacia para la dispensación de los medicamentos prescritos en el SNS, que son gestionadas por los colegios, han convertido a éstos en vehículo de representación preferente, si no exclusivo, de los farmacéuticos propietarios de oficinas de farmacia, y defensores de un llamado «modelo mediterráneo de farmacia» que se caracteriza por vincular titulación y acceso a la propiedad de la oficina de farmacia, con *efectos ampliamente cuestionados* .

En el caso de los médicos, la imposibilidad aparente de definir un conjunto de intereses, sobre todo económicos, comunes a un grupo significativo de la profesión médica, ha derivado en una política de menoscabo de la Organización Colegial como tal, que se ha visto obligada a aceptar compartir su representación obligatoria en los distintos órganos de participación abiertos por las administraciones sanitarias con las sociedades científicas. Éstas, por su parte, son organizaciones de derecho privado y afiliación voluntaria, constituidas en buena parte en torno a los intereses de proveedores específicos, que contribuyen de manera decisiva a su financiación, también con los efectos consiguientes sobre el control de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

La enfermería es en todo caso la profesión sanitaria en la que el grupo de interés que dirige la profesión se ha consolidado a través de un procedimiento más peculiar y ajeno a la propia naturaleza de la organización colegial, consistente en la creación y consolidación de una organización privada paralela de carácter docente, en la actualidad denominada «*Escuela Internacional de Ciencias de la Salud*».

Esta organización está especializada en impartir los cursos que sirven para obtener acreditaciones y títulos valorables después en el acceso al mercado de trabajo. Acreditaciones y títulos que, por otra parte, y en virtud de la relación de la

organización colegial con las administraciones sanitarias, obtienen el aval de éstas para su aplicación en el ámbito del servicio público. A partir de su consolidación en España, ese negocio docente se ha extendido a otros países, de manera preferente del área latinoamericana. Lo que ha convertido a esa organización paralela, pero vinculada de hecho a la colegiación, en una empresa transnacional de alta rentabilidad... en la que aparecen de manera ocasional *episodios difíciles de comprender desde fuera*, en apariencia relacionados con el desempeño simultáneo de diferentes cargos en las distintas organizaciones enfermeras.

Por su parte, la «prescripción enfermera» ofrece un buen ejemplo de los efectos de comprometer el desarrollo de la enfermería en nuestro país con los planteamientos económico-docentes sesgados de quiénes, a la vez que dirigen la organización obligatoria, se sirven de ésta para promocionar unas políticas de desarrollo profesional que cabe poner en cuestión si son acordes con los intereses del conjunto de quienes ejercen la profesión enfermera; una puesta en cuestión que en ocasiones han realizado los propios *organismos del Mº de Sanidad*, encargados de las mismas.

Se puede cuestionar más aún si esos intereses resultan en todo caso acordes con el desarrollo armónico y coherente de la enfermería en su conjunto al servicio del SNS: dotar de capacidad prescriptora a cuanto personal de enfermería pretenda obtener la acreditación correspondiente para ello, con independencia del puesto de trabajo que desempeñe en el Sistema, y hacerlo tras la realización de los cursos de formación previstos en la norma, por supuesto realizados por la organización docente paralela a la colegial, pero dirigida por las mismas personas que dirigen ésta, no parece ofrecer ninguna ventaja añadida para el control del gasto farmacéutico en recetas del SNS, uno de los problemas crónicos de éste. La pronta reacción de la *industria farmacéutica* a favor de la extensión de la prescripción enfermera, pese a las cautelas

formales adoptadas, contrasta con las primeras acciones de control dirigidas a paliar la influencia de la propia industria sobre la *actividad prescriptora de los médicos*.

Por otra parte, la impartición de esos cursos de "capacitación" prescriptora de la enfermería, cuya necesidad se ha puesto en cuestión desde *algunos niveles ministeriales citados*, se inició ya antes de la publicación del RD 954/2015, aprovechando sin duda el conocimiento privilegiado de su contenido por las organizaciones enfermeras. La posterior publicación del Real Decreto introdujo una modificación añadida a las generales ya comentadas, estableciendo (Anexo I de la norma) que la duración de los programas formativos citados será de «180 horas de formación o su equivalente en créditos ECTS». Esa cifra supera en treinta horas la prevista en el texto apoyado en octubre de 2015 por las organizaciones enfermeras, y la de los cursos que venía impartiendo la autodenominada «Escuela Internacional de Ciencias de la Salud», poniendo en cuestión el valor de esos cursos previos ya realizados y pagados por quienes los han seguido.

Por su parte, la capacidad económica añadida que han obtenido quienes desempeñan los cargos de la organización colegial enfermera por esa vía docente ajena a la propia naturaleza constitutiva de aquélla (a la que en ese desarrollo docente se ha sumado el SATSE, manteniendo un pacto en esta materia que salta por encima de las diferencias tradicionales entre los dirigentes de ambas organizaciones), blindada la presencia en sus órganos directivos de quienes han promovido ese desarrollo, y dificulta, si no impide, cualquier posibilidad de su renovación, por su capacidad de invertir en acciones de marketing y presencia pública y hasta legal dirigidas a garantizar su permanencia. A esa posición de fuerza, principalmente basada en razones económicas, se suman las actitudes personales de los directivos de la organización colegial. En su expresión más extrema, éstos han presentado en fecha reciente una *querrela* contra el titular de un blog

que mantiene posiciones críticas contra la situación de la enfermería España, demandando su cierre inmediato.

El problema no es tanto o solo el del escaso respeto por el funcionamiento democrático de la organización corporativa que parecen demostrar actitudes como ésta. El principal problema es el estructural, que permite a los dirigentes de la organización de adscripción obligatoria dirigir y beneficiarse a la vez de una organización docente privada cuyos enfoques responden a una visión sesgada y parcial del desarrollo de la enfermería en España, utilizando a la vez esos mismos criterios como instrumento de negociación del desarrollo enfermero en representación del conjunto de la profesión.

Por todo ello, así como hace unos años se generó el debate en el seno de la Organización Médica Colegial que ha derivado en el establecimiento de la incompatibilidad entre los cargos colegiales y el desempeño de otros en las organizaciones de previsión social que actuaban en paralelo a los mismos, existen razones de legitimidad y legalidad aún más claras en el caso de las organizaciones enfermeras obligatorias para establecer la incompatibilidad entre el desempeño de los cargos enfermeros con la dirección de la organización docente privada mencionada. Más aún cuando la suma de ambas sesga el desarrollo profesional en una línea que, pese a las *invocaciones genéricas al desarrollo enfermero* promovido desde las organizaciones internacionales realizadas por las *organizaciones enfermeras*, no tiene comparación alguna con lo que ocurre en otros países: se puede ver en este sentido el desarrollo más reciente propuesto en el caso del *Reino Unido*, uno de cuyos enfoques principales desde la propia enfermería es la cooperación entre las profesiones sanitarias, muy lejos de la confrontación que, con escasa capacidad de intervención por parte de las autoridades sanitarias, parece presidir el desarrollo español de la profesión enfermera.

V.- Algunas conclusiones y una propuesta

El panorama descrito permite considerar que el verdadero problema para el desarrollo de políticas autónomas de desarrollo de la enfermería en España al servicio del mejor funcionamiento del Sistema Nacional de Salud es la situación de la organización corporativa de la profesión enfermera.

Y que, por el contrario, la “prescripción enfermera”, según la regulación de la misma efectuada por el Real Decreto 594/2015, no es por sí sola un problema principal del Sistema, ni un agravio a la profesión enfermera en sí misma, sino, por el contrario, el síntoma más reciente de las limitaciones de las políticas relativas al personal de enfermería en el propio sistema.

Que los partidos políticos hayan reaccionado ante el supuesto conflicto generado por la norma que regula la prescripción enfermera elevando el nivel de sus declaraciones, sin aludir de ninguna forma a los problemas estructurales de la ordenación de las profesiones sanitarias en nuestro país, no parece más que una muestra añadida de las limitaciones de las posiciones sanitarias de todos aquéllos, que ocupan un lugar secundario, si no último, entre sus prioridades políticas. Una falta de interés que acreditan los programas de todos ellos, tanto en la *campaña electoral de diciembre*, como de nuevo en ésta.

Que algunos de esos partidos, en concreto los dos que han ejercido el gobierno en España, hayan hecho recientes declaraciones expresas sobre la *ausencia de prioridad* de la modificación de las normas que rigen las colegiaciones sanitarias, en sentido contrario a la justificación de la necesidad de renovar su regulación que se ha tratado de hacer más arriba, es un ejemplo más de las limitaciones de su interés real por el desarrollo real del SNS, éste condicionado en buena parte por sus políticas dirigidas a los profesionales.

En esas condiciones, esperar de los partidos políticos en

pleno período electoral cualquier compromiso por revisar las políticas de personal en el SNS y, en relación con ellas, la regulación de los mecanismos de obligatoriedad de la pertenencia, la organización y la gestión de las corporaciones sanitarias, constituye una esperanza vana. En fases electorales como ésta, los partidos se pliegan a evitar cualquier referencia que pudiera suponerles la pérdida de votos, por mínima y dudosa que ésta sea, si se ponen en cuestión los intereses de cualquiera de las corporaciones sanitarias. Lo que éstas aprovechan de manera descarada, y así lo han hecho las organizaciones corporativas enfermeras, para *convocar actos* en los que pretenden comprometer desarrollos profesionales posteriores acordes con sus intereses propios, demandando de los partidos sin ningún ambage *promesas concretas*.

Con todo, la utilidad de una regulación de la prescripción enfermera en términos semejantes a los del Real Decreto 594/2015, incluso aunque estos fueran corregidos conforme al sentido de los distintos recursos presentados, parece escasa. A la inversa, el apoyo generalizado que, por unas y otras razones, ha generado la impugnación legal de la norma, y la posición más reciente adoptada por el propio *Partido Popular*, que desarrolló de manera tan inadecuada aquélla, parecen ofrecer la oportunidad de llevar a cabo, sin esperar a los pronunciamientos de los tribunales, una nueva regulación de orientación diferente, en sentido distinto al de la recuperación de la regulación anterior acordada con las organizaciones enfermeras, que, por su parte, demandan de manera preferente tal recuperación .

En esas condiciones, un compromiso mínimo de los partidos en relación con la “prescripción enfermera” que no resultase contradictorio con la necesaria renovación en el futuro de las normas que regulan la “ordenación” profesional y corporativa de la enfermería consistiría en derogar el RD 954/2015, y desarrollar en positivo una nueva norma distinta sobre la

materia. Las condiciones de ésta deberían orientarse al desarrollo de nuevas competencias, y la formación para ellas si fuera necesaria, realizada por vías distintas a las de la organización corporativa-docente enfermera, por parte de aquellos grupos específicos del personal de enfermería que pudieran poner en marcha, con las experiencias previas que fueran precisas, actuaciones de “enfermería de práctica avanzada” semejantes a las que se dan en otros países, que resulten de interés para el propio Sistema; y no, por el contrario una norma que abra paso a hacer posible la prescripción de determinados medicamentos reservada hasta ahora a los médicos, por sí misma de difícil control, por la totalidad de los profesionales enfermeros, cuyos efectos potenciales, sin ventajas sanitarias añadidas, podrían causar aún más dificultades al control económico del SNS.

¹ La redacción de ese apartado conforme a lo acordado en octubre de 20015 con las organizaciones enfermeras establecía que *“En todo caso, para que los enfermeros acreditados puedan llevar a cabo las actuaciones contempladas en este artículo respecto de los medicamentos sujetos a prescripción médica, deberán haberse validado previamente los correspondientes protocolos y guías de práctica clínica y asistencial por la Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad”*.

Por su parte, la nueva redacción publicada el 23 de diciembre en el BOE establece que *“ En todo caso, para que los enfermeros acreditados puedan llevar a cabo las actuaciones contempladas en este artículo de los medicamentos sujetos a prescripción médica será necesario que el correspondiente profesional prescriptor haya determinado previamente el diagnóstico, la prescripción y el protocolo o guía de práctica clínica y asistencial a seguir, validado conforme a lo establecido en el artículo 6 (cuya redacción no ha variado de uno a otro texto). Será en el marco de dicha guía o protocolo en el que deberán realizarse aquellas actuaciones, las cuales serán objeto por parte del profesional sanitario que lo haya determinado a los efectos de su adecuación al mismo, así como de la seguridad del proceso y de la efectividad conseguida en el tratamiento”*