



África Mediavilla, miembro de la Comisión de Farmacia del Sistema Nacional de Salud (SNS)

"Las tesis contra la prescripción enfermera son irracionales"

- **África Mediavilla ha tenido un papel protagonista en el actual proceso de regulación de la prescripción enfermera. Con ella repasamos el proceso de elaboración del borrador de Orden Ministerial de desarrollo de la Disposición Adicional Duodécima de la Ley del Medicamento.**
- **En la entrevista se reconoce firme defensora de la necesidad de regular la prescripción enfermera, afirmando que la propuesta del Ministerio simplemente pretende dar seguridad jurídica a la actuación de los enfermeros españoles, que prescriben de forma diaria.**
- **Con sus razonamientos, desmonta los principales argumentos de quienes se oponen a la prescripción enfermera por mero corporativismo: aumento del gasto farmacéutico, escasa formación, y duplicidad y deterioro de la atención al paciente.**

Madrid, 29 de enero de 2008.- África Mediavilla estudió Medicina en la Universidad Complutense de Madrid. En 1974 se trasladó a Santander para desarrollar su actividad profesional, a nivel asistencial y docente, en el Servicio de Farmacología Clínica del Hospital Universitario M. de Valdecilla y en la Facultad de Medicina de la Universidad de Cantabria, donde continúa trabajando en la actualidad. En el ámbito hospitalario su actividad principal se desarrolla fundamentalmente en la terapéutica antiinfecciosa. El suyo es un servicio consultor sobre terapéutica farmacológica (efectos adversos, indicaciones terapéuticas, control de dosificación, interacciones...) que da cobertura al resto de servicios del hospital. Hasta finales de noviembre formó parte de la Junta Directiva de la Federación de Asociaciones Científico-Médicas de España (FACME) y es una firme defensora de la necesidad de legalizar la prescripción enfermera. El suyo ha sido un papel protagonista en el actual proceso de regulación, primero como coordinadora del grupo de trabajo del documento sobre prescripción de Cantabria y, posteriormente, como miembro del grupo de trabajo que, en el seno de la Comisión de Farmacia del SNS, ha elaborado el documento base para el proyecto de orden ministerial de desarrollo de la Disposición Adicional Duodécima de la Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento.

Pregunta: ¿Cuándo empezó a trabajar la Comisión de Farmacia sobre este tema?

Respuesta: El grupo de trabajo se empezó a perfilar poco antes del verano, después de las jornadas de FACME que se celebraron el 9 de mayo, pero formalmente, empezamos a trabajar en septiembre.

P: ¿Quiénes han formado parte de este grupo de trabajo?

R: Todas las comunidades autónomas han tenido algún representante.

P: ¿Cómo se han realizado los trabajos?

R: Analizando las experiencias de otros países y los documentos existentes, especialmente la propuesta de, Cantabria que estaba ya finalizada. Cataluña y Andalucía también presentaron los suyos, pero sus propuestas eran más amplias.

La Dirección General de Farmacia organizó una reunión del grupo de trabajo a la que se invitó, al representante de la Organización Colegial de enfermería, de podología y de la Organización Médica Colegial, que intervinieron por este orden, exponiendo sus puntos de vista.

P: ¿Qué es lo que propone el Ministerio?

R: Se defienden tres tipos de posibilidades de "prescripción" de medicamentos, evitando utilizar este término que genera muchos anticuerpos. Se habla de autorización de la dispensación, término que finalmente tiene el mismo significado. En mi opinión, esta limitación al término es absurda

P: Pero eso supone ir en contra del artículo 77 que establece la prescripción única por médicos y odontólogos

R: Todo en la vida puede ser interpretable pero el Ministerio, teniendo en cuenta lo que establece la ley tajantemente, han considerado preferible evitar el término prescripción, Creo que ha podido influir el rechazo frontal de la OMC a que se utilizara la palabra prescripción por otros profesionales, por eso se habla de que "podrán autorizar la dispensación de..." que al fin y al cabo es prescribir, lo llamemos como lo llamemos.

P: ¿Habrá prescripción independiente?

R: Se contempla la autorización de dispensación de un listado de medicamentos de forma independiente por la enfermería, recogidos en uno de los anexos del documento, el anexo 3. Hay que aclarar que ninguno de estos medicamentos requiere de receta médica para su dispensación. Cualquier ciudadano puede ir a la farmacia y comprarlos libremente, sin necesidad de una prescripción.

P: ¿Cómo se ha elaborado el listado de medicamentos?

R: A este listado se ha llegado por consenso. Los enfermeros presentaron un documento grandísimo, con lo que se prescribe en el Reino Unido y de ahí fuimos cortando, y dejamos lo que nos parecía más razonable. De hecho, ni siquiera se han incluido todos los medicamentos publicitarios.

P: Sin embargo, esto es lo que más rechazo provoca en la OMC

R: Es incomprensible. Todos los medicamentos tienen riesgos potenciales por lo que, si tuviésemos esto en cuenta de forma muy estricta, los médicos deberíamos defender que todos los medicamentos requirieran receta médica. Pero si se acepta que un ciudadano cualquiera pueda ir a la farmacia a comprar ibuprofeno o paracetamol, más lógico parece que se lo "prescriba" una enfermera que tiene una formación académica suficiente, desde luego más que el ciudadano que no ha estudiado nada o ha estudiado cualquier cosa no relacionada con la medicina Tener una actitud muy tajante en este tema y no querer dar el brazo a torcer, es totalmente irracional.

P: ¿Cuál es el segundo supuesto?

R: El segundo supuesto son los tratamientos de continuación de patologías crónicas en las que el médico hace el diagnóstico, y prescribe el tratamiento inicial. El paciente posteriormente acude al centro de salud o a la consulta de un hospital para sucesivos controles, Se trata de que la enfermera, como se está haciendo actualmente, pueda recomendar la continuación del tratamiento, si no hay ningún dato desfavorable en la evolución del paciente. Lo que se propone es que, en esta situación la propia enfermera pueda hacer la receta, sin modificar el tratamiento, en un modelo que sea claramente diferenciado de la receta médica.

Esto tiene dos connotaciones: facilitar el trabajo y mayor coordinación entre médicos y enfermeras, que parece lo normal; y por otro lado, que el personal de enfermería asuma una responsabilidad que actualmente tienen delegada, pero que no asumen directamente.

P: ¿En este caso la enfermera puede cambiar el tratamiento?

R: La enfermera no puede poner un tratamiento distinto. No se hace un diagnóstico diferente, se valora la respuesta a un fármaco, y viendo al paciente, preguntándole, tomándole la tensión o lo que sea necesario, poder decir si el paciente debe seguir o no con ese tratamiento. Si va a continuar, la enfermera hace la receta. En nuestra propuesta la enfermera no puede variar nada, ni la medicación ni la dosis. Si detecta algún problema (falta de respuesta o sospecha de reacción adversa) debe remitir el paciente al médico, igual que se hace ahora.

P: Hay un tercer supuesto

R: La última posibilidad afecta más al ámbito de la especializada, pues son los medicamentos contemplados en un protocolo. La enfermera, puede administrar los medicamentos incluidos en un determinado protocolo (tratamiento del dolor postoperatorio, por ejemplo) a menos que haya una orden médica en contra. Se trata directamente de una orden de dispensación al servicio de farmacia del hospital, que también debe llevar la firma de la enfermera. Con esto realmente lo que se persigue es facilitar el trabajo del equipo de salud y de la enfermera, agilizando el tratamiento de los pacientes, sobre la base de protocolos consensuados que ya existen.

P: ¿Por qué se opone la OMC a estos supuestos?

R: La OMC se ha manifestado totalmente en contra. No entiendo cómo, en la OMC se meten tanto con el tema de la enfermería, y, sin embargo, no saltan de la misma forma cuando las oficinas de farmacia cambian la medicación, recomiendan tratamientos, controlan efectos adversos etc, porque los farmacéuticos conocen muy bien el medicamento, pero no tienen suficientes conocimientos sobre la patología del paciente. Existe un extraño corporativismo médico, que enfrenta a médicos y enfermeras cuando el personal de enfermería es el más cercano al médico con el que forma (o debe formar) un equipo imprescindible para optimizar el funcionamiento del sistema sanitario. La medicina es todavía una profesión muy corporativista, aunque afortunadamente cada vez seamos menos los que tenemos una actitud tan trasnochada.

Además, el documento es total y absolutamente "light". El documento de Cantabria iba un poco más allá que el del Ministerio, no mucho, pero los que sí iban mucho más allá son los de Cataluña y Andalucía. El Ministerio ha preferido, y a mí me parece bien, ir poco a poco. El que se opone desde una mesa de despacho, lo hace porque está en una mesa de despacho. El que está viendo pacientes y tiene una enfermera al lado, que es competente y con la que puede compartir o delegar parte de su responsabilidad, lo lógico es que cuente con ella. Por eso se han posicionado a favor los médicos de familia, porque todo el trabajo que hacen las enfermeras es fundamental.

P: Los que se oponen argumentan que enfermería no tiene suficiente formación

R: Desde enfermería se responde que estudian mucha farmacología. El conocimiento en farmacología no es suficiente. Los que más farmacología estudian son los farmacéuticos, pero eso no les capacita para prescribir medicamentos. La prescripción necesariamente tiene que ir precedida de un diagnóstico y este si que es competencia exclusiva del médico.. Las enfermeras, además de farmacología, estudian ginecología, pediatría, cirugía... En el plan de estudios de enfermería hay asignaturas clínicas que van desde la medicina interna hasta la psiquiatría, todas ellas más orientadas no tanto al diagnóstico como al seguimiento del paciente, a los cuidados de enfermería, al cuadro clínico... pero estudian todo este tipo de asignaturas, igual que nosotros, porque ambos vamos a manejar algo que es común: el paciente. Por eso tenemos que colaborar en todos los sentidos. Tenemos que entender que esto es así, que no debemos funcionar como un individuo aislado, sino como un equipo de trabajo, cada uno con sus competencias.

P: ¿Cree que va a generar más gasto sanitario, la prescripción?

R: Pero ¿por qué?. La persona que va a la farmacia a comprar un paracetamol, lo va a seguir haciendo igual, no va a ir ahora al centro de salud a que le receten uno. Todo lo venga de la mano de un profesional, debe mejorar. En el caso de la utilización de los medicamentos, repercutirá en una disminución de efectos adversos, en una mejor utilización en cuanto a dosis eficaz, a un mayor cumplimiento del tratamiento etc.

Además, la valoración del gasto en medicamentos no sólo es el medicamento en sí mismo. Cuando un ciudadano toma un medicamento pagado por su bolsillo, teóricamente no le cuesta nada al sistema sanitario, pero ese medicamento le puede producir una hemorragia digestiva, por poner un ejemplo, y a lo mejor eso supone un ingreso y un tratamiento específico que sí cuesta al sistema.

P: ¿Qué beneficios puede suponer para el paciente y el sistema sanitario?

R: Para el paciente una mayor fluidez en la atención en la primaria y una mayor rapidez en la atención en la especializada. El hecho de que un paciente pueda estar en consulta con la enfermera con el seguimiento de su tratamiento, agiliza tanto la visita del paciente como el trabajo del médico. Todo es mejorar el funcionamiento, racionalizar el funcionamiento del sistema. Seguro que los pacientes se beneficiarán, porque todo irá más ágil y seguro que la enfermera se sentirá más gratificada, porque se le va a reconocer su conocimiento y su responsabilidad. Habrá quien se oponga inicialmente. En enfermería hay bastante acuerdo en todos los colegios y en todas las asociaciones, en medicina no tenemos esa suerte. Hay quienes, como la FACME, lo han apoyado a rajatabla, y sin embargo, la OMC no.

P: ¿Y la orden ministerial? ¿Cree que al final saldrá adelante?

R: Yo creo que sí. Tiene que salir. Lo que probablemente saldrá es con algún matiz que dejé más tranquilas a ambas partes.

P: A los médicos fundamentalmente

R: Si, porque la enfermería ha tenido una cintura mucho más flexible. Ellos presentaron un documento de máximos y se les ha dejado en un documento de mínimos y han sido capaces de entender que esto es empezar a andar.

P: ¿Entonces cree que el Ministerio va a hacer caso a las presiones de los médicos?

R: El Ministerio cederá en algo, tratando de evitar conflictos. Eso es la política.

P: Pero eliminará el anexo 3, por ejemplo

R: No, no puede quitarlo. Hay que darse cuenta de que el Ministerio tiene dos frentes distintos. Uno la OMC y otro el Consejo de Enfermería. Si hacemos algo muy en contra de la OMC, puede ser que los médicos, no todos, pero una buena parte sí, provoquen un problema sanitario Pero si no hacemos caso al documento y se dejan las cosas como están, puede ser enfermería quien provoque el conflicto.. Y enfermería en huelga cierra el sistema sanitario, no nos olvidemos de la importancia que tiene la enfermería. Si decide que no pone nada sin una orden médica por escrito, nada: no se ponen las vacunas, no se dan los anticonceptivos, los analgésicos postoperatorios..., la que se puede montar es tremenda.. De alguna manera con la propuesta de orden ministerial el Ministerio lo que hace es marcar las líneas. También ha que tener en cuenta que hay comunidades autónomas que están, como la nuestra, a favor de un documento que ya existe.

P: Entonces Cantabria va a seguir adelante, aún con el cambio de consejero

R: Sí. El Consejero lo tiene totalmente asumido. En Cantabria no se ha seguido adelante hasta que el Ministerio establezca la regulación. En cuanto abra ese camino, seguiremos. En ese aspecto el Ministerio lo ha hecho muy bien, dejando una parte de la responsabilidad del listado a las comunidades autónomas, para que cada una pueda regularlo como quiera, pues aunque debemos tener unas normas comunes, también vivimos en un estado con comunidades autónomas.