



Profesiones, formación y competencias: entre las rivalidades de los profesionales y la torpeza de la Administración

Juan Medrano
Médico psiquiatra

El mundo sanitario vive una época especialmente convulsa, en la que la masificación asistencial, la sobrecarga del sistema y de sus profesionales y las dudas sobre el modelo de gestión (más acusadas en algunas autonomías) están a la orden del día. Aunque son muchos los factores que influyen en la situación actual, este articulillo quiere llamar la atención sobre uno en particular: la formación y las competencias de los profesionales sanitarios, junto con los notables vaivenes que su regulación por parte de la Administración, que han contribuido significativamente a un desorden cada vez más apreciable.

En los últimos meses hemos asistido a catastróficas predicciones sobre la futura disponibilidad de médicos en España. La prensa profesional, e incluso la general (un tanto despectivamente llamada “*lega*” en los siempre excelsos medios médicos) se hacen eco de la carestía de profesionales que existe ya en algunos lugares del país y que se prevé castigará a otros en un plazo breve.

Con una cierta perspectiva histórica, esta situación no deja de ser chocante. Hasta finales de los años 70 no existió un *numerus clausus* que limitase el acceso a las facultades de Medicina, lo que se tradujo en una sobreabundancia de médicos. En aquellos años se implantó el sistema MIR, con un número de plazas tan insuficiente que impedía la especialización de un

muchos nuevos licenciados. A causa de este tapón, y pese al exceso de médicos generales, los servicios sanitarios, en un crecimiento y desarrollo continuado, no contaban con personal especializado y hubieron de recurrir a médicos no especialistas. El cuello de botella del MIR dejó en el camino a muchos médicos que tuvieron que buscar otras alternativas laborales o emigrar a otros mercados sanitarios que les ofrecieran mejores oportunidades.

En los últimos 25 años se ha producido el desarrollo, lento, cansino, pero por fin, parece que más o menos definitivo, del sistema MIR, y con él, un aumento del número de plazas para especialización. El embudo, ahora, lleva tiempo desplazado a la entrada a las facultades y está dando lugar a una carestía de médicos que hace temer por la capacidad de renovación de las plantillas, en las que cada vez son más necesarios los profesionales extranjeros. De pronto, España ha pasado de exportar médicos a importarlos, en un fiel reflejo del cambio de nación de emigrantes a receptora de inmigrantes que ha traído consigo la bonanza económica de la última década. Aunque según la prensa *lega*, en los últimos tres años España ha homologado a 4.000 médicos foráneos (1), son necesarios todavía más profesionales, por lo que algunas autonomías, como Navarra (2), reclaman que se aligeren los trámites para la homologación, y Andalucía ha contratado a 110 médicos foráneos sin homologar, en una medi-



da respaldada por el Tribunal Supremo siempre que sea temporal y transitoria y se aplique en casos de necesidad (3). La Organización Médica Colegial (OMC) calculaba a primeros de 2008 que unos 3000 los médicos extranjeros estaban trabajando en España sin homologación (4).

La adaptación de los médicos foráneos puede ser compleja, no sólo por el lógico choque cultural o idiomático (la autonomía que más insiste en que se simplifique su contratación es precisamente la que exige el máximo uso de su lengua local en el ámbito sanitario), sino también por los requisitos y trabas burocráticas que deben cumplir para la homologación de sus titulaciones de origen. En las últimas semanas se ha sabido que el Ministerio de Sanidad ha entregado a las comunidades autónomas el borrador de un futuro decreto que prevé que los aspirantes a la homologación tendrán que realizar un periodo de prácticas para demostrar que, además de la formación académica recibida en sus países de origen, tienen las competencias y habilidades necesarias para ejercer en el Sistema Nacional de la Salud (5). El periodo previsto puede ser en forma de prácticas con contrato laboral, remuneradas, durante un tiempo máximo de 3 meses y con una jornada equivalente a la del resto de los especialistas del centro, o mediante una formación complementaria, no retribuida, que puede durar hasta 9 meses, durante la cual *“no habrá vinculación laboral alguna con la entidad titular del centro donde se lleve a cabo”*. En este segundo caso los candidatos tendrán la consideración de *“personal en formación”* y un horario similar al de los MIR, y podrán desempeñar labores asistenciales. Asimismo, deberán tener un seguro de responsabilidad civil. A lo largo de las prácticas (remuneradas o no) se valorará el aprovechamiento del candidato antes de concederle la habilitación profesional. Tal y como se plantea la cuestión parece que los médicos extranjeros en vías de homologación se van a convertir en los nuevos parias del sistema...

A propósito de estas cuestiones merece la pena comentar la curiosa política que hemos presenciado en los últimos 30 años en el marco de la formación de profesionales y de su capacitación. Tres décadas en la que la Administración ha hecho sus tareas con una exasperante parsimonia, contribuyendo con sus decisiones y sus parches posteriores a malentendidos y disputas entre las diferentes profesiones y a muchos dramas personales.

La **Ley 41/2003**, de 21 de noviembre, de **Ordenación de las Profesionales Sanitarias** (en adelante, LOPS), es la norma que establece el marco general para el ejercicio de las mismas en sus diferentes niveles (licenciados, diplomados, Titulados del área sanitaria de Formación Profesional), y unas normas y principios, como los referentes a la formación pregrado, especialización, formación continuada, etc. Posteriormente, y con un paso más bien lento y cansino, se han ido desarrollando estas previsiones mediante reales decretos o disposiciones autonómicas. Mucho antes, el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, de 1985 (6), había formulado la recomendación de que se modificaran los programas de formación postgraduada de los médicos de familia y de atención primaria, los especialistas en Psiquiatría y enfermería psiquiátrica, al tiempo que planteaba la necesidad de la creación de un programa de formación postgraduada de Psicología Clínica.

En aquella época la formación de especialistas en Psiquiatría estaba ya regida por el **Real Decreto 127/1984**, de 11 de Enero **en el que se regula la formación especializada y la vía para la obtención del título de especialista**. Este texto derogó otro previo, el **Real Decreto 2015/1978**, que creaba la vía MIR. Con un notable retraso, se crearon y regularon las comisiones de docencia con la **Orden de 22 de Junio de 1995**, que recogía (habrá que decir que por fin) los requisitos y funciones de los tutores y los sistemas de evaluación de la formación de médicos especialis-



tas. Un año después, en abril de 1996, fue aprobada la guía de formación de especialistas en Psiquiatría. Para entonces habían pasado más de 10 años desde el Informe de la Comisión Ministerial y habían concluido su formación unas 15 promociones de mires. La acreditación de centros docentes y la creación de plazas para especialización ha sido muy lenta. Y la ordenación de las condiciones de trabajo y de la formación del residente, aún lo ha sido más. Hubo que esperar mucho hasta el **Real Decreto 1146/2006**, de 6 de octubre, **por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud** que, como su extenso nombre indica, aborda los aspectos laborales, y hasta el muy reciente (y de título aun más largo) **Real Decreto 183/2008**, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las **especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada**, que establece líneas generales a desarrollar por los diferentes servicios autonómicos, con lo que puede decirse que 30 años después de su creación del sistema MIR aún no se ha terminado de configurar. Pero parece que ya vamos en el buen camino...

En paralelo, la Administración ha debido dar respuesta, con sucesivos parches para corregir su imprevisión y su indolencia, a la situación de profesionales que han trabajado en la atención en Salud Mental sin seguir la vía MIR. Paradójicamente, el proceso ha acabado siendo lesivo para quienes se especializaron mediante residencia, que al menos en nuestro entorno más inmediato ven cómo en las OPEs no les sirve de nada haber superado el examen de acceso o haber completado el periodo formativo de la especializada, ya que los tribunales conceden por sistema los puntos de especialización tanto a los antiguos mires como a quienes no lo fueron. Al mismo tiempo, los exmires han de resignarse a que los años de servicios prestados como residentes no se consideren méritos profesionales o, como se expresaba hace esca-

sos días en la prensa local, no puntúen para la carrera profesional (7).

En el campo de la Enfermería, en la recta final del régimen anterior, el **Decreto 3193/1970** creó la especialidad de Psiquiatría para Ayudantes Técnicos Sanitarios. Casi 10 años después, en el curso 1978-79 se implantaría la Diplomatura en Enfermería, sin que se modificara el concepto de que las especialidades existentes (además de Psiquiatría, las de Asistencia Obstétrica, Radiología y Electrología, Pediatría y Puericultura, Neurología, Análisis Clínicos y Urología y Nefrología) se referían a Ayudantes Técnicos Sanitarios. Para parchear la contradicción se autorizó transitoriamente a los nuevos enfermeros (que ya eran diplomados) a cursar las dichas especialidades (concebidas para ATS). A finales de los años 80 se extinguió la paradójica vía de la especialización de los Diplomados como si fueran ATS, lo que dejó a cohortes de profesionales sin la oportunidad de especializarse y en un cierto limbo administrativo, ya que compartían quehaceres, responsabilidades y salarios con enfermeros especialistas, pero no podían acreditar en modo alguno sus conocimientos o su formación paralela.

Para que apareciera el concepto de enfermero (que no ATS) especialista hubo que esperar mucho, hasta el **Real Decreto 992/1987**, de 3 de Julio, por el que se regula la **obtención del título de enfermero especialista**, pero aún hubo que esperar más para que se desarrollasen las especialidades, hasta que en 1994 comenzó su formación la primera promoción de matronas (y aún 5 años más para que terminaran su formación las primeras profesionales formadas como especialistas en Salud Mental). Finalmente, una **Orden Ministerial de 24 de Junio de 1998** desarrolló el Real Decreto 992/1987 (¡once años después...!), estableciendo las condiciones para obtener el título de Enfermera especialista y, ya en junio de 1998, se estableció el perfil profesional del diplomado universitario en Enfermería especia-



lista en Salud Mental, y se aprobó un programa formativo provisional de la especialidad. La provisionalidad parece haber llegado a su fin con **Real Decreto 450/2005, de 22 de abril**, que estableció las especialidades de Enfermería Obstétrica–Ginecológica (Matrona), Enfermería de Salud Mental, Enfermería Geriátrica, Enfermería del Trabajo, Enfermería de Cuidados Médico–Quirúrgicos, Enfermería Familiar y Comunitaria y Enfermería Pediátrica. Asimismo, anulaba las especialidades de Ayudante Técnico Sanitario y permitía su reconversión en las nuevas categorías (por ejemplo, de especialistas en Psiquiatría a especialista en Salud Mental), marcando un procedimiento para ello. Pese a todo este recorrido, tras 10 años de formación reglada de especialistas, el caso general es que los servicios sanitarios autonómicos no dispongan de la categoría laboral de Enfermero Especialista en Salud Mental, aunque en la OPE de Osakidetza de 2006 se convocaron plazas con esa categoría, y Galicia ha creado también plazas con ese epígrafe.

Como exponente del desajuste entre la realidad asistencial y la profesional, ha habido que resolver la situación de los muchos diplomados en Enfermería que desempeñan su tarea en servicios de Salud Mental sin disponer de la titulación de especialista. Para ello, el **Real Decreto 450/2005**, de 22 de abril, **sobre especialidades de Enfermería** estableció una vía extraordinaria que permitía acceder al título de especialista a quienes pudieran acreditar haber ejercido como enfermero las actividades propias de la especialidad durante un período mínimo de cuatro años o, alternativamente, haber ejercido como enfermero las actividades propias de la especialidad durante un período mínimo de dos años, siempre que, además, aportasen una formación continuada acreditada de al menos 40 créditos en el campo de la especialidad. Los créditos necesarios se reducían a 20 créditos (o 200 horas) si correspondían a un título de posgrado de carácter universitario que incluyera una formación relacionada con la especialidad. Los aspi-

rantes debían cumplir esos requisitos antes del 4 de agosto de 1998. Sin embargo el reciente **Real Decreto 183/2008**, en su Disposición adicional cuarta, amplía el tiempo para cumplir estos requisitos hasta la fecha de entrada del anterior Real Decreto, lo que implica prorrogar el plazo hasta abril de 2005. Conozco a enfermeros que trabajaban en plazas de Salud Mental y que al no poder acreditarse con el límite de 1998, optaron por la especialización, a la que, tras superar un difícil examen de acceso, han dedicado un año de su vida profesional (que no tendrá reconocimiento en la carrera profesional) en el que su salario ha sido muy inferior al que habrían recibido de mantenerse en sus plazas. Lógicamente, cuando se amplió el plazo para la obtención del título por la vía de los servicios profesionales, estos enfermeros se tiraron de los pelos.

Continuando con las diferentes profesiones, hay que referirse al psicólogo clínico. Aunque ya en los primeros años 80 existían experiencias formativas aisladas con un esquema de residencia, y hubo plazas de formación mediante la vía PIR desde los primeros años 90, fue necesario esperar al **Real Decreto 2490/1998**, de 20 de noviembre, por el que se crea y regula el **título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica**, un texto que fue infructuosamente recurrido por la Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Legal. Es interesante el dato de que la Disposición Adicional Tercera de este texto, que gira en torno a los *“Efectos de la creación del título de Psicólogo Especialista en relación con otros profesionales”*, afirma literalmente que *“la creación del título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica y la realización por estos titulados de diagnósticos, evaluaciones y tratamientos de carácter psicológico, se entenderá, sin perjuicio de las competencias que corresponden al médico o al especialista en psiquiatría, cuando la patología mental atendida exija la prescripción de fármacos o cuando de dicha patología se deriven procesos biológicos que requieran la intervención de los citados profesionales”*. Por lo tanto, se defi-



ne como de paso el cometido de otra profesión (la de Médico Especialista en Psiquiatría) y lo hace de una forma estrecha, que limita sus funciones a la prescripción y a los procesos biológicos, como si la especialización en Psiquiatría no facultase para abordajes psicoterápicos o de patologías y problemas sin asiento biológico conocido o figurado. A uno no le maravilla en sí esta disposición (que se mantiene en vigor tras el **Real Decreto 183/2008**), sino la mínima o nula importancia que le han dado los médicos psiquiatras.

Más adelante, la **LOPS** delimitó la intervención en el ámbito sanitario a los Licenciados en Psicología con la especialidad en Psicología Clínica, lo que fue muy criticado por un amplio sector de la profesión, que no disponía de ella (recordemos que las condiciones en que se creó habían hecho además difícilísimo conseguir la especialización). No sólo quedaban privados de la posibilidad de acceder al servicio sanitario público, sino que incluso podían incurrir en una ilegalidad en el ejercicio privado de su actividad. En la protesta y disputa jugaron un papel importante las organizaciones colegiales y (no tiene nada de extraordinario) las estructuras universitarias.

Otro texto con trascendencia para la profesión de Psicología fue el **Real Decreto 1277/2003**, de 10 de octubre, por el que se establecen las **bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios**. Esta norma definía entre los distintos tipos de establecimiento sanitario las consultas médicas, las consultas de otros profesionales sanitarios (que no sean médicos u odontólogos), los centros polivalentes (en los que profesionales sanitarios de diferentes especialidades ejercen su actividad atendiendo a pacientes con patologías diversas), los Centros de Reconocimiento Médico y los Centros de Salud Mental. El texto era muy desfavorable para los psicólogos en varios aspectos. Por ejemplo, definía a los Centros de reconocimiento Médico como “centros sanitarios donde

se efectúan las revisiones médicas e informes de aptitud a los aspirantes o titulares de permisos o licencias, o para la realización de determinadas actividades, y para su renovación”, lo que descartaba la contribución de los profesionales de la Psicología en forma de estudios y valoraciones psicotécnicas. Y los centros de salud mental se definían como los “centros sanitarios en los que se realiza el diagnóstico y tratamiento en régimen ambulatorio de las enfermedades mentales”, en una terminología posiblemente restrictiva y medicalizada. Finalmente, la Unidad Asistencial de Psicología Clínica era aquella “en la que un psicólogo especialista en Psicología clínica, dentro del campo de su titulación, es responsable de realizar diagnósticos, evaluaciones y tratamientos de carácter psicológico de aquellos fenómenos psicológicos, conductuales y relacionales que inciden en la salud de los seres humanos”.

Para corregir estas disfunciones tres años después se promulgó la **Orden SCO/1741/2006**, de 29 de mayo, por la que **se modifican los anexos del Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios**. En virtud de este texto, los previamente denominados “Centros de reconocimiento Médico” pasaban a ser “Centros de reconocimiento”, en cuya descripción se incluyen los “reconocimientos médicos y psicológicos para determinar las condiciones físicas y psicológicas de los aspirantes o titulares de permisos o licencias, o para la realización de determinadas actividades y para su renovación”. Igualmente, los Centros de Salud Mental eran redefinidos como pasan los “centros sanitarios en los que se realiza el diagnóstico y tratamiento en régimen ambulatorio de las enfermedades y trastornos mentales, emocionales, relacionales y del comportamiento”, un concepto más amplio que da cabida a las funciones de otros profesionales sanitarios que trabajan en dichos dispositivos. Y también se modificó el concepto de la Psicología Clínica como la “unidad asistencial en la que un psicólogo especialista en Psicología clínica es



responsable de realizar el diagnóstico, evaluación, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, emocionales, relacionales y del comportamiento”. A la luz de esta definición parece que el legislador considera que el ámbito de intervención del psicólogo clínico es más amplio que el del psiquiatra, ya que para el Real Decreto 1277/2003 la unidad asistencial de Psiquiatría es aquella “en la que un médico especialista en Psiquiatría es responsable de realizar el estudio, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales y del comportamiento”.

Además, el punto 5 del artículo único de la Orden SCO/1741/2006 ofrecía una vía para la apertura de consultas de Psicología por licenciados que no dispongan de la especialidad. En concreto, cambiaba la definición de la categoría del servicio sanitario “**Otras unidades asistenciales**”, para convertirlas en “*unidades bajo la responsabilidad de profesionales con titulación oficial o habilitación profesional que, aun cuando no tengan la consideración legal de ‘profesiones sanitarias tituladas y reguladas’ en el sentido previsto en el artículo 2.1 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, llevan a cabo actividades sanitarias que no se ajustan a las características de ninguna de las unidades anteriormente definidas, por su naturaleza innovadora, por estar en fase de evaluación clínica, o por afectar a profesiones cuyo carácter polivalente permite desarrollar, con una formación adecuada, actividades sanitarias vinculadas con el bienestar y salud de las personas en centros que tengan la consideración de sanitarios*”. En otros términos, se planteaba una vía alternativa discordante con lo dispuesto en la **LOPS**.

Por otra parte, la Orden SCO/1741/2006 daba un protagonismo importantísimo al compartimento universitario, al establecer que se autorizaría la apertura de consultas a quienes “*aun no ostentando el título de especialista en Psicología Clínica*” pudieran acreditar “*haber cursado los estudios de la licenciatura de Psicología siguiendo un itinerario curricular cualificado por su vinculación con el área docente de Personalidad,*

Evaluación y Tratamiento Psicológicos o con la Psicología Clínica y de la Salud” o, alternativamente, “*una formación complementaria de posgrado relativa a dichas áreas, no inferior a 400 horas, de las que al menos 100 deberán ser prácticas tuteladas por psicólogos especialistas en Psicología clínica, en centros, instituciones o servicios universitarios de psicología donde se realicen actividades de atención a la salud mental, o en consultas o gabinetes de psicología clínica, debidamente autorizados*”. Así pues, se desplazaba la capacitación, bien al pregrado, bien al postgrado, pero en esencia se concedía un desmesurado papel al compartimento universitario.

El Consejo General de Colegios de Médicos recurrió esta orden, y la Sección Cuarta de la Sala de lo Contencioso-Administrativo (8) anuló este último apartado de la Orden Ministerial por no adecuarse a lo dispuesto por la **LOPS**, algo, por cierto, parece inexplicable que no fuera apreciado por los juristas del Ministerio.

Por último, recordaremos que los trabajadores sociales, que han asumido históricamente funciones asistenciales, no son calificados como profesionales sanitarios por la **LOPS**, ni se prevé la creación de una especialidad que faculte a estos profesionales para una actividad directamente sanitaria.

La prescripción enfermera

Como se ha visto, las disposiciones normativas yerran pertinazmente en lo que tiene que ver con la formación y los contenidos de las diferentes especialidades. Pero existe para captar más finamente la torpeza de la Administración en esta materia (las sospechas sobre segundas intenciones son libres y las dejo a gusto del lector) merece la pena detenerse en la llamada “prescripción enfermera” (PE).

En la época en que se incubaba la **Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios** se planteó la posibilidad de que



otras profesiones diferentes de la de médico u odontólogo pudieran prescribir medicamentos, a lo que se opusieron frontalmente las organizaciones médicas. Finalmente, la propuesta no salió adelante, de modo que el Art. 77.1 de la citada ley establece que el médico y el odontólogo son los *“únicos profesionales con facultad para ordenar la prescripción de medicamentos”* de uso humano. Hay que reseñar que ateniéndonos al Art. 8 de la Ley, medicamento es *“toda sustancia o combinación de sustancias que se presente como poseedora de propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades en seres humanos o que pueda usarse en seres humanos o administrarse a seres humanos con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas ejerciendo una acción farmacológica, inmunológica o metabólica, o de establecer un diagnóstico médico”*.

Pese a ello, en ese colorista y parcheante tramo final de disposiciones de variada naturaleza que caracteriza a nuestras leyes, se incluyó una Disposición Adicional Duodécima que preveía que en el plazo de un año *“el Ministerio de Sanidad y Consumo establecerá la relación de medicamentos que puedan ser usados o, en su caso, autorizados para estos profesionales, así como las condiciones específicas en las que los puedan utilizar y los mecanismos de participación con los médicos en programas de seguimiento de determinados tratamientos”*. Al concluir el plazo fijado por la Ley se ha suscitó de nuevo polémica respecto de la PE. Las organizaciones colegiales y sindicales de la Enfermería expusieron su preocupación, ya que la amplia y generosa que la Ley 29/2006 hace de medicamento introducía una inseguridad jurídica en el ejercicio de la profesión cuando se utilizan algunos productos que habitualmente ha manejado la Enfermería de manera totalmente autónoma (por ejemplo, todos los medicamentos usados en las curas).

El Ministerio intentó resolver el entuerto con un Proyecto de Orden para desarrollar la disposición indicada, según cuyo anexo III los

profesionales de Enfermería podrían indicar y en su caso autorizar productos sanitarios relacionados en gran medida con curas (algodones, gasas, vendas, apósitos, irrigadores, cánulas, absorbentes, bolsas de ostomía, etc.). Asimismo, podrían emplear medicamentos no sometidos a prescripción médica recogidos en un anexo (entre los que no figuraba ningún psicofármaco, y sí antiácidos, antiinflamatorios y antirreumáticos orales, preparados tópicos para dolores musculares y articulares, anestésicos locales y antipiréticos y analgésicos no opiáceos). Asimismo, se preveía el uso o autorización de medicamentos *“en el marco de los principios de atención integral de salud y para la continuidad asistencial”* en los supuestos de *“aplicación de protocolos institucionales de elaboración conjunta y en planes de cuidados estandarizados, autorizados por las autoridades sanitarias”* y de *“seguimiento protocolizado de los tratamientos que se establezcan con base en una prescripción médica individualizada”*.

A este proyecto se opusieron diversas organizaciones médicas (OMC, colegios, sindicatos), que veían bien la idea del seguimiento protocolizado pero que entendían que otros aspectos conculcaban la propia Ley 29/2006 o de la **LOPS**. En el mes de marzo, la OMC y el Consejo General de Enfermería (CGE) llegaron a un acuerdo gracias a la desaparición del Anexo III del proyecto de Orden, en el que aparecían los productos sanitarios no sometidos a prescripción médica —laxantes, antiinflamatorios y analgésicos—, que, a juicio de los médicos, concedía demasiada independencia al colectivo enfermero. Pero la situación cambió cuando en abril de 2008 el BOE publicó una **“corrección de error”** que modificaba la redacción original de la Disposición Adicional Duodécima de la Ley 29/2006, que pasaba así a enunciar que *“en el plazo de un año el Ministerio de Sanidad y Consumo revisará la clasificación de los medicamentos de uso humano que han de dispensarse con o sin receta médica”*. Con esta nueva redacción se omitía la referencia indirecta a la posibilidad de prescripción por otras



profesiones y se remitía a un futuro listado de fármacos dispensables sin receta que por ello mismo podrán ser recomendados y administrados por Enfermería y por cualquier otra profesión o tal vez ciudadano. No deja de llamar la atención que se descubriera un error y se corrigiera a destiempo (más de año y medio después de la promulgación de la Ley), pero según me aseguran personas que saben de estas cosas, ésta es una práctica habitual en España para modificar a posteriori leyes ya promulgadas.

A finales de mayo, y por lo tanto, después de la “corrección de error”, el Consejo de Estado decidió por unanimidad rechazar el proyecto de Orden Ministerial por la que se desarrolla la disposición adicional duodécima de la Ley 29/2006 de julio, con el que el Ministerio pretendía regularizar la prescripción (9). Según el dictamen de dicho órgano (10) *“no procede aprobar en su redacción actual el proyecto de Orden remitido a consulta”*. El Consejo de Estado abordaba también la corrección del error publicada en el mes de abril en el BOE, señalando que tras la misma, el Ministerio de Sanidad y Consumo no puede permitir a enfermeros y podólogos usar, indicar o autorizar medicamentos sometidos a prescripción médica, con o sin protocolos, ya que, de nuevo, según la Ley 29/2006 tan sólo médicos y odontólogos poseen *“la facultad de poder ordenar la prescripción de medicamentos”*. Como alternativa, el dictamen proponía que el Ministerio de Sanidad y Consumo elabore *“un nuevo proyecto de Orden en el que, excluido —por ser contrario a la Ley 29/2006, de 26 de julio— el uso, indicación o autorización de medicamentos sometidos a prescripción médica por parte de enfermeros o podólogos, se circunscribiesen las competencias de tales profesionales sanitarios a los medicamentos no sujetos a receta médica”*. Esta propuesta satisfizo al CGE (11), por cuanto del dictamen se sigue que la prescripción ha de tener rango normativo y por ello no se construirá a base de parches y chapuzas en forma de disposiciones adicionales, correcciones de error y las diversas

formas de nota-al-pie y letra pequeña legislativa que venimos comentando en estas líneas.

En los meses transcurridos da la impresión de que la ampliación competencial de la enfermería va adelante. No sólo, para desolación de las organizaciones médicas, el Ministerio parece entusiasmado con la idea (12), sino que Andalucía prepara un decreto que permitirá a Enfermería manejar antiinfecciosos, antisépticos, antiácidos, laxantes, preparados para heridas y úlceras, callicidas, analgésicos y antipiréticos, además de productos como sondas, vendas o gasas (13). En Cataluña, entre tanto, una comisión mixta formada por miembros de los consejos de las profesiones médica y enfermera debate la cuestión del el traspaso de competencias médicas a la enfermería familiar y comunitaria (14). La medida se presenta como una actuación para mitigar la presión asistencial en la atención primaria y el déficit de facultativos. A este respecto, el *Metges de Catalunya* ha elaborado un informe que justifica su oposición a *“una asistencia médica sin médicos”*, con fórmulas como la video-consulta, la promoción del *“enfermo experto”* o la gestión de la demanda médica por parte de profesionales no médicos. Los autores de dicho documento invocan diversas revisiones Cochrane realizadas entre 1966 y 2002 que descartan que la atención por Enfermería a la patología banal aguda alivie la carga asistencial de los médicos, al tiempo que afirman que las valoraciones clínicas de esa atención, al centrarse en los resultados obtenidos en la asistencia a la patología menor, no tienen en cuenta las consecuencias que puede tener la falta de detección de casos serios por parte de los enfermeros.

Aunque en las disposiciones ministeriales no se mencione la posibilidad de la dispensación de psicofármacos, existen documentos que van presentando esta posibilidad. El documento de consenso del Servicio Cántabro de Salud sobre **“Prescripción Enfermera 2008”** (15), define a ésta como *“la capacidad de la enfermera/o, en la planificación de los cuidados*



de enfermería, de seleccionar, guiados por el criterio profesional, diferentes productos sanitarios, accesorios y medicación encaminados a satisfacer las necesidades de salud del paciente y la población, apoyados por el juicio clínico enfermero y administrados en forma de cuidados”, y prevé diversas formas de prescripción. Entre ellas, la “Prescripción colaborativa estandarizada / protocolizada”, se describe como la realizada por la enfermera “en situaciones clínicas determinadas dentro de los términos de un protocolo de actuación, consensuado con el equipo multidisciplinar para la atención de la salud de la población”. Tal podría ser, según el documento, la forma de PE de benzodiazepinas, hipnóticos, miorrelajantes y anticonvulsivantes. A su vez, el Informe del Consejo de Colegios de Diplomados en Enfermería de Cataluña titulado “**La prescripción enfermera**” (16), plantea la posibilidad de utilización autónoma de diazepam oral en las “situaciones donde el abordaje terapéutico para la seguridad física y mental de la persona requiere del uso del mismo después de haber comprobado que otras estrategias terapéuticas no han estado eficaces (escucha, contención, relajación...)” y del lorazepam, en situaciones análogas, que no hayan podido ser contenidas con “relajación, pautas de higiene del sueño...”, lo que sugiere que se prevé el uso de este último fármaco como hipnótico. Por cierto, que al definir este documento la PE como “la capacidad de seleccionar e indicar técnicas, productos sanitarios y fármacos en beneficio y satisfacción de las necesidades de salud de las personas sujeto de nuestros cuidados durante nuestra práctica profesional, bajo criterios de buena práctica clínica y juicio clínico enfermero que les son otorgados por sus competencias”, puede también proponer el uso autónomo de una técnica sanitaria, no siempre bien considerada, como es la contención mecánica, en las “situaciones en las cuales se requiere de la inmovilización parcial o total de la persona por riesgo de autoagresión y/o heteroagresión”. Es llamativo, en todo caso, que no se planteen intervenciones psicoterápicas autónomas.

La disputa en torno a las competencias de Enfermería y la supuesta suplantación de los médicos por este colectivo se da también a otros lugares, y muy recientemente, el *British Medical Journal* le ha dedicado su atención (17). También en el ámbito internacional, el traspaso de funciones a la Enfermería tiene como fundamento aliviar la carga asistencial de los médicos. En como el Reino Unido, las enfermeras en funciones médicas (“Dr Nurse” o —¡qué bonito neologismo!— “Noctors”) no sólo asumen funciones en Atención Primaria, sino prácticas más complejas como la endoscopia y, en el campo psiquiátrico, asumen algunas técnicas psicoterápicas estructuradas. Por cierto, que allí a nadie se le caen los anillos por expresar en voz alta y clara otra motivación para la prescripción enfermera no explicitada en nuestro medio, como es la contención de gastos, toda vez que, hoy por hoy, el salario de una enfermera es claramente inferior al de un médico. Sea como fuere, los defensores de los “noctores” destacan su capacidad para el manejo de la patología menos grave o los programas con enfermedades crónicas, señalando la mayor satisfacción del usuario, ya que las enfermeras en función médica dedican más tiempo y dan más explicaciones que los facultativos (18). Los detractores, por su parte, apuntan que a la larga la atención de los “noctores” es peor, ya que no tienen capacidad ni conocimientos para reconocer y afrontar las situaciones complejas que puedan surgir, solicitan muchas más pruebas complementarias (lo que reduce el ahorro) y tal vez pierden demasiado tiempo en la interacción con los pacientes (19).

Y para rizar el rizo, el contraste de pareceres entre médicos y enfermeros puede haber encontrado un nuevo argumento. Una buena parte de la sobrecarga asistencial de la Atención Primaria se debe a la creciente burocracia que deben asumir y emitir los sufridos médicos, y que ha llevado al Grupo Antiburocracia de Madrid a emitir una declaración al respecto (20) y ha suscitado que se defina agríamente al Médico de Familia como “un burócrata de bata



blanca para todo” y “el administrativo mejor pagado del Sistema Nacional de Salud”, ya que ocupa hasta el 40% de su tiempo en el papeleo que generan las recetas, los informes y los certificados (21). Ante esta situación, la Asamblea General de la OMC ha exigido la creación de un nuevo perfil de profesional sanitario —el auxiliar de consulta— para ayudar a desburocratizar las consultas de Atención Primaria, una propuesta que ha desatado las críticas del SATSE, que la define como “lamentable y obsoleta” y denotadora de “un intolerable desconocimiento de la ley y el funcionamiento” de la Atención Primaria, en la que “el médico no es el único protagonista”. Para el sindicato, “ese nuevo perfil de técnico auxiliar de consulta médica invade las competencias actuales del profesional de enfermería al otorgarles funciones asistenciales propias y además atenta contra la **LOPS**” (22).

Toda esta historia sugiere algunas reflexiones. Permítaseme empezar por el final: la reacción de las enfermeras representadas por SATSE evoca la humana tendencia a ampliar nuestro espacio y defendernos con uñas y dientes de los eventuales invasores. Es tan humana que resulta empaticable por inevitable, y por lo tanto me abstendré de criticarla y me limitaré a señalarla como una simpática paradoja.

En segundo lugar, sorprende que las disposiciones actuales o futuras concedan al farmacéutico la capacidad recomendar fármacos, mientras que los enfermeros, profesionales clínicos que pueden (re)conocer mejor las circunstancias de los pacientes y a sus problemas de salud, no puedan hacerlo. En este sentido, a uno le parece que no sería absurdo que la enfermería pudiera tener libertad de uso de medicamentos, aunque fuera limitada (pongamos por caso, los medicamentos más sintomáticos usados en Psiquiatría: los ansiolíticos o hipnóticos). No hay que olvidar que los enfermeros españoles tienen una altísima capacitación teórica y técnica, fruto de un programa de formación muy exigente. Y con las posibilidades

de titulaciones superiores que abre el próximo Espacio Europeo de Educación Superior habrá que pensar en que los enfermeros, o al menos algunos de ellos, asuman nuevos roles y responsabilidades, entre las cuales no sólo debe figurar el uso de fármacos o de técnicas de contención, sino también ciertas formas de psicoterapia.

Pero todas estas cuestiones van más allá de las peleas y tiquismiquis entre profesiones más o menos contrapuestas. El contenido de cada profesión, las técnicas que le son propias o que puede ejecutar, es importantísimo desde el punto de vista medicolegal, y subyace a muchas demandas contra el sistema sanitario o contra los profesionales. Y en este terreno, la Enfermería está un tanto expuesta por no constar de una manera precisa las técnicas que puede o debe asumir. Puede resultar absurdo, pero este mismo año el Tribunal Superior de Justicia de Madrid ha tenido que sentenciar que las enfermeras están facultadas para extraer taponés óticos, siempre que exista un protocolo que lo prevea, y se haga “bajo la supervisión de un médico, con personal habilitado para ello y existiendo un consentimiento verbal” (23). Asimismo, nada menos que el Tribunal Supremo tuvo que decidir si las matronas están facultadas para retirar el catéter, en una sentencia que establece que “las matronas deben auxiliar al médico y seguir sus instrucciones, controlar la normal evolución de la clínica de las parturientas y avisar al médico de cualquier anomalía, aplicar los tratamientos que el médico ordene, incluida la medicación parenteral y poner en conocimiento de los superiores las anomalías que observen” (24). En un ámbito más cercano, un dictamen jurídico intentó clarificar el significado del término “médico responsable”, entre otras cuestiones para determinar su aplicabilidad a otros profesionales sanitarios (25).

La Enfermería de Salud Mental, en este contexto, se encuentra en una lamentable indefinición, por cuanto no existe un consenso sobre las técnicas que le son propias más allá de for-



mulaciones referidas a ciertos cuidados específicos para la atención de pacientes psiquiátricos. Los equipos asistenciales, en especial comunitarios, delegan tradicionalmente en las enfermeras actuaciones concretas, lo que podría exponerlas a un riesgo profesional importante. La **LOPS**, que define al Equipo de Profesionales como la *“unidad básica en la que se estructuran de forma uni o multiprofesional e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales para realizar efectiva y eficientemente los servicios que les son requeridos”*, prevé la delegación de actuaciones en otros profesionales del equipo. Pero según esta norma, la delegación no es posible sin que previamente se hayan establecido las condiciones que la regulen y la distribución de actuaciones (de ahí la importancia, que habrá intuido el lector, de los protocolos previamente diseñados, ya sea para dispensar fármacos, ya sea para extraer tapones). Ahora bien: para esa delegación o distribución del trabajo también se exige que quien la reciba disponga de una capacidad objetivable, *“siempre que fuere posible, con la oportuna acreditación”*. En otros términos: no existe traba para que pueda delegarse en Enfermería la atención y el seguimiento de un paciente, pero sería necesario saber de antemano que la profesional en cuestión está capacitada para aplicar las técnicas que el caso reclame. En ese sentido, y al margen de los clásicos saberes de la profesión de Enfermería, sería importantísimo que los planes de especialización en Salud Mental recogieran, entre otros aspectos, el entrenamiento en técnicas diversas, bien psicofarmacológicas, bien psicoterápicas o incluso, de categorías diferentes a lo que puede imaginar quien suscribe con la formación parcial y sesgada que ha recibido como médico especialista en Psiquiatría. A la luz de la lentitud y torpeza con la que la Administración ha regulado la formación de especialistas sanitarios, uno tiene pocas esperanzas en que lleguen a definirse algún día con claridad las técnicas específicas de la Enfermería en Salud Mental y el recorrido formativo que requieren.

Para —por fin— terminar, y más allá de los celos y rivalidades entre las diferentes profesiones sanitarias e incluso más allá de la ominosa ineficacia de la Administración y de los muchos desaguisados y malentendidos que ha causado en este terreno, me permitiré recoger una reflexión de José López Guzmán y Ángela Aparisi Miralles en las conclusiones de su trabajo *“La Intervención de farmacéuticos y enfermeros en la prescripción: una aproximación ético-legal”* (26): *“si se pretende incorporar innovaciones en el sistema de prescripción vigente, hay que tener en cuenta factores muy diversos: la necesidad o conveniencia del cambio a introducir, el grado de aceptabilidad del sistema de acogida, la oportunidad del momento elegido para llevarlo a cabo, la transitoriedad en la incorporación de la nueva práctica... [...], la potenciación de la cooperación entre los distintos miembros que integran los equipos de salud resulta siempre beneficiosa para un sistema sanitario. En consecuencia, las propuestas de modelos de prescripción asentadas en patrones de colaboración entre los profesionales —prescripción dependiente o compartida—, presentan mas efectos positivos que los sistemas excluyentes —prescripción independiente— [...] cualquier propuesta de innovación en este campo debe tener en cuenta diversos factores. Entre ellos, estarían la obtención del máximo beneficio —eficacia/eficiencia— para los sistemas nacionales de salud, y el mejor aprovechamiento de las competencias y habilidades propias de cada profesión. Por encima de estos importantes elementos, se situaría una idea central: el incremento en la seguridad del paciente, su mejor acceso a las medicinas, en definitiva, la mejora de la atención al enfermo. Tal incremento debe entenderse de manera integral, presuponiendo la unidad y dignidad del ser humano”*.

A pesar de las trampas que nos pone la Administración y de las rivalidades que tenemos tan a flor de piel, habrá que concluir, por lo tanto, que a lo que estamos, pues.

Contacto:

Juan Medrano
juan.medranoalbeniz@osakidetza.net





BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Anónimo. España homologa a 4.000 médicos foráneos en 3 años. *La Opinión*, 21 de julio de 2008 (Accesible en: http://www.laopinion.es/secciones/noticia.jsp?pRef=2008072100_9_160302_Sociedad-homologa-4000-medicos-foraneos)
- 2.- Sánchez M. Navarra demanda que se acelere la homologación de médicos extranjeros. *Diario de Navarra*, 5 de junio de 2008 (Accesible en: <http://www.diariodenavarra.es/20080605/navarra/navarra-demanda-acelere-homologacion-medicos-extranjeros.html?not=2008060502025957&idnot=2008060502025957&dia=20080605&seccion=navarra&seccion2=sociedad&chnl=10>)
- 3.- Yagüe AM. Andalucía ya ha contratado a 110 médicos foráneos sin homologar. *El Periódico*, 4 de junio de 2008 (Accesible en: http://www.elperiodico.com/default.asp?idpublicacio_PK=46&idioma=CAS&idnoticia_PK=515524&idseccio_PK=1021)
- 4.- Anónimo. Unos 3.000 médicos foráneos sin título homologado podrán trabajar en España. *El Confidencial*, 27 de julio de 2008 (Accesible en: http://www.elconfidencial.com/cache/2008/02/16/86_medicos_foraneos_titulo_homologado_podran_trabajar.html).
- 5.- Goiri F. Los extracomunitarios podrían llegar a ejercer gratis 9 meses. *Diario Médico*, 17 de septiembre de 2008 (Accesible en: http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/profesion/es/desarrollo/1165444.html)
- 6.- Secretaria General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de la comisión ministerial para la reforma psiquiátrica. Abril 1985. Madrid: Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985 (Accesible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est15.pdf.pdf)
- 7.- Gorrotxategi P. Anti profesional (carta al director). *El Correo*, 25 de septiembre de 2008 (Accesible en: <http://www.elcorreoedigital.com/vizcaya/20080925/opinion/anti-profesional-20080925.html>)
- 8.- Sentencia de 26 de septiembre de 2007 de la Sección Cuarta de la Sala de lo Contencioso-Administrativo anuló este último apartado de la Orden Ministerial (accesible en <http://www.portalsaludmental.com/pdf/Sentencia.Orden%201741-2006-Psic%F3logos.pdf>)
- 9.- Rodríguez, Alonso I. El Consejo de Estado dictamina que "no procede aprobar en su redacción actual" el proyecto de Orden Ministerial sobre prescripción enfermera. *El Médico Interactivo* (disponible en: http://www.elmedicointeractivo.com/noticias_ext.php?idreg=17876)
- 10.- Resolución del Consejo de Estado de 22 de mayo de 2008 (Accesible en: <http://www.elmedicointeractivo.com/docs/documentos/dictamen5.pdf>)
- 11.- Tocón M. La "prescripción enfermera" exige hacer una ley específica. *Diario Médico*, 3 de junio de 2008 (Accesible en: http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/politica_sanitaria/es/desarrollo/1129680.html)
- 12.- Tocón M. Soria tiene entre manos el futuro de la prescripción. *Diario Médico*, 4 de junio de 2008 (Accesible en: http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/politica_sanitaria/es/desarrollo/1130426.html)
- 13.- Anónimo. Andalucía autoriza a Enfermería la prescripción de medicamentos. *Acta Sanitaria*, 14 de julio de 2008 (Accesible en: http://www.actasanitaria.com/actasanitaria/frontend/desarrollo_noticia.jsp?idCanal=10&idContenido=8845)
- 14.- Fernández C. La prescripción enfermera se debate formalmente. *Diario Médico*, 18 de septiembre de 2008 (Accesible en: http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/profesion/es/desarrollo/1165448.html).
- 15.- VVAA. La prescripción enfermera. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, 2008 (Accesible en: http://www.actasanitaria.com/filesset/doc_43712_FICHERO_NOTICIA_348.pdf)
- 16.- Cuxart Ainaud N (directora). La prescripción enfermera. Informe del Consejo de Colegios de Diplomados en Enfermería de Cataluña. Julio de 2007 (Accesible en: <http://212.9.72.18/uploads/BO/Noticia/Documents/DEF%20CASTELL%C3%80%20LA%20PRESCRIPCI%C3%B3N%20ENFERMERA%2001.09.07.PDF>)
- 17.- Coombes R. Dr Nurse will see you now. *BMJ* 2008; 337: 660-662
- 18.- Sibbald B. Should primary care be nurse led? Yes. *BMJ* 2008; 337: 658 (accesible en: http://www.bmj.com/cgi/section_pdf/337/sep04_2/a1157.pdf)
- 19.- Knight R. Should primary care be nurse led? No. *BMJ* 2008; 337: 659 (accesible en: http://www.bmj.com/cgi/section_pdf/337/sep04_2/a1157.pdf)
- 20.- Grupo Antiburocracia. Declaración del Grupo de Antiburocracia de Madrid, 2008. (Accesible en: http://www.actasanitaria.com/filesset/doc_45083_FICHERO_NOTICIA_10052.pdf)
- 21.- Rodríguez MC. Un burócrata de bata blanca para todo. *Diario Médico*, 29 de julio de 2008 (Accesible en: http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/mi_dm/atencion_primaria/profesion/es/desarrollo/1150926_01.html)
- 22.- Anónimo. Satse se opone al "auxiliar de consulta" que reclama la OMC. *Diario Médico*, 19 de septiembre de 2008 (Accesible en: http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/profesion/es/desarrollo/1166317.html)
- 23.- Esteban M. La extracción de tapones óticos puede hacerse desde enfermería, dice un fallo. *Diario Médico*, 19 de marzo de 2008 (Accesible en: http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/normativa/es/desarrollo/1102034.html)
- 24.- De Santiago G. El TS incluye retirar el catéter entre las tareas de la matrona. *Diario Médico*, 9 de febrero de 2007 (Accesible en: http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/normativa/es/desarrollo/737509.html)
- 25.- Asesoría Jurídica de Osakidetza. Informe jurídico sobre significado médico responsable. 2006.
- 26.- López Guzmán J, Aparisi Miralles A. La Intervención de farmacéuticos y enfermeros en la prescripción: una aproximación ético-legal. *DS* 2006; 14: 169-204 (accesible en: <http://www.ajs.es/RevistaDS/VOLUMEN%2014/Vol142-02.pdf>)