



Prescripción enfermera: situación actual, problemas y alternativas

María Luisa Fernández Ruiz

Documento de trabajo 194/2016



FUNDACIÓN
alternativas

Prescripción enfermera: situación actual, problemas y alternativas

María Luisa Fernández Ruiz

Documento de trabajo 194/2016


María Luisa Fernández Ruiz

María Luisa Fernández Ruiz es enfermera de Atención Primaria, Secretaria de la Mujer de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, miembro de la Fundación para la Investigación, Estudio y Desarrollo de la Salud Pública y de la ejecutiva de la Federación de Sanidad de CCOO de Madrid. Ha realizado numerosas publicaciones en el ámbito científico y en prensa diaria y ha participado con capítulos en cuatro libros.

Ninguna parte ni la totalidad de este documento puede ser reproducida, grabada o transmitida en forma alguna ni por cualquier procedimiento, ya sea electrónico, mecánico, reprográfico, magnético o cualquier otro, sin autorización previa y por escrito de la Fundación Alternativas.

© Fundación Alternativas
© María Luisa Fernández Ruiz
ISBN: 978-84-15860-75-4

Edición: Sergio Torres Pascual
Maquetación: Vera López López

Impreso en papel ecológico 

Contenido

Resumen ejecutivo	4
1. Introducción	7
2. Definición	9
3. Adecuación y conveniencia	11
4. El encaje de la prescripción en la profesión de enfermería	12
5. Impacto sobre el funcionamiento del sistema sanitario	14
6. Regulación en España	17
7. Resumen de la experiencia internacional con especial referencia al Reino Unido ..	25
8. Ventajas y problemas detectados	30
9. Cualificación profesional para la prescripción	32
10. Recomendaciones	33
Referencias	35
Siglas y abreviaturas	41

Prescripción enfermera: situación actual, problemas y alternativas

María Luisa Fernández Ruiz

La prescripción enfermera, que en nuestro país ha supuesto un clima de polémica en los centros sanitarios, ha demostrado ser eficaz y eficiente en los países donde se ha implantado, con independencia de su modelo sanitario. Una larga experiencia internacional no ha identificado problemas significativos en su implantación y desarrollo, por eso resultan llamativos los problemas que se están produciendo en nuestro país.

Hay tres modelos de prescripción enfermera, la que podría denominarse como prescripción autónoma, la prescripción colaborativa y la dirección de grupos de pacientes. La primera supone que los profesionales de enfermería prescriben de manera autónoma una lista de medicamentos, que varía según los países y que incluye algunos de prescripción médica (en algunos sitios, como en Reino Unido (RU), puede haber distintos niveles de prescripción autónoma). La prescripción colaborativa supone la implicación de otros miembros de los equipos sanitarios, habitualmente los médicos, que son quienes prescriben y los profesionales de enfermería actúan conforme a esta prescripción inicial controlando y ajustando dosis, etc. La tercera opción, la dirección de grupos de pacientes, supone la aplicación de protocolos estrictos consensuados en los centros o el sistema sanitario.

En este trabajo se revisa la normativa española sobre prescripción enfermera, incluyendo 2 leyes de 2009 y 2010 y un decreto autonómico (Andalucía) y el RD 954/2015 que es contradictorio con los anteriores y que ha tenido un rechazo profesional casi unánime, con excepción de alguna organización médica corporativa.

La prescripción enfermera supone una parte importante en el desarrollo profesional de la enfermería y entronca con los diagnósticos de enfermería y los planes de cuidados, siendo una consecuencia lógica de los mismos. En este sentido, puede decirse que forma una parte intrínseca del trabajo enfermero.

Se realiza una revisión de la experiencia internacional que es abrumadoramente favorable, no sólo por su progresiva extensión a numerosos países sino también por los estudios realizados sobre la experiencia de la prescripción enfermera que evidencia que no ha presentado serios problemas en su implantación y que los estándares de calidad y de aceptación por los usuarios del sistema sanitario han sido positivos. Asimismo, se ha señalado que podría suponer un importante ahorro económico para los sistemas sanitarios.

El trabajo concluye con la recomendación de derogar el RD 954/2015, tal y como ha solicitado recientemente la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados y numerosas Comunidades Autónomas. Se argumenta que este RD ha producido distorsiones y enfrentamientos en el seno de los centros sanitarios y contradice la legislación anterior sobre el particular.

El documento propone la necesidad de una nueva normativa sobre prescripción enfermera que tenga en cuenta al menos las dos modalidades de la misma (colaborativa y autónoma) y que contemple posibles incrementos de los grados de autonomía. Esta normativa debería tener como principales cuestiones a abordar:

- Establecer de manera generalizada la prescripción colaborativa
- Regular la prescripción autónoma circunscrita a un grupo de medicamentos ampliables de acuerdo con la experiencia práctica derivada de su desarrollo
- Incorporar mecanismos de regulación y supervisión de los profesionales de enfermería prescriptores similares al Nursing and Midwifery Council (NMC), es decir, un Consejo Regulador/Supervisor de la prescripción enfermera, donde esté garantizada la presencia de todos los sectores implicados en la profesión
- Establecer requisitos de cualificación para la prescripción autónoma que tienen que tener en cuenta que tanto los nuevos titulados de grado como los especialistas EIR deberían tener reconocida su capacidad como prescriptores autónomos
- Garantizar la formación en prescripción enfermera a todos los profesionales que trabajan en el sistema sanitario público, que se realizará de manera

progresiva por parte de las propias administraciones sanitarias

- Crear un registro de profesionales acreditados para la prescripción enfermera
- Establecer sistemas de registro de la actividad de la profesión enfermera prescriptora, donde se recogerán como mínimo los profesionales acreditados, las órdenes que realicen, y el registro de los posibles errores y efectos adversos

Se hace hincapié en que esta nueva normativa sólo puede ser efectiva si se parte de dos premisas muy claras: 1) Abrir previamente un amplio debate social y profesional para que nazca con un apoyo y consenso mayoritario, y 2) poner en funcionamiento la prescripción autónoma de una manera escalonada y bien monitorizada, que, como se ha visto, probablemente ha sido una de las razones del éxito de esta práctica en RU.

1 ○ **Introducción**

Puede parecer sorprendente pero la prescripción enfermera ha conseguido en los últimos meses notoriedad entre el público y los medios de comunicación, a pesar de que en teoría se trata de un tema de carácter técnico, que funciona sin problemas reseñables en muchos países del mundo desarrollado.

Sin embargo, la aprobación del *Real Decreto 954/2015, del 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros* (Ministerio de Sanidad 2015) ha levantado una gran polvareda, fundamentalmente por tres motivos. Primero porque fue aprobado por un Gobierno en funciones. En segundo lugar, porque el texto que salió en el BOE difería de manera considerablemente con lo pactado previamente con varias entidades. Y en tercer lugar, porque introducía unos criterios para la prescripción enfermera que dificultaban extraordinariamente su desarrollo y el desempeño asistencial y que han planteado numerosos problemas para su aplicación en los centros sanitarios.

La falta de consenso en su aprobación y el importante rechazo que concita queda evidenciado en que esta normativa ha sido recurrida ante el Tribunal Supremo por, al menos, los gobiernos de seis CCAA (Cataluña, País Vasco, Baleares, Aragón, Navarra y Canarias), el Consejo General de Colegios de enfermería, los colegios oficiales de enfermería de la Comunidad Valenciana y Baleares, y los sindicatos SATSE, CSIF, CCOO y UGT. Asimismo, otras CCAA y entidades han señalado que estudian la posibilidad de recurrirlo.

El 19 de abril de 2016 la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso de los Diputados aprobó, con una amplia mayoría, la solicitud al Gobierno de la derogación del RD 954/2015, lo que ejemplifica la soledad del Gobierno en este tema.

Dejando de lado las dificultades del Gobierno anterior y del Ministerio de Sanidad para gestionar el tema de una manera solvente, la prescripción enfermera es un aspecto importante de la atención sanitaria y el objeto de este trabajo es hacer una reflexión sobre su adecuación a nuestro sistema sanitario, la experiencia nacional e internacional al respecto y diseñar cuáles deberían ser las medidas a adoptar para solucionar una situación que ahora mismo parece contar con una salida complicada.

Como sucede habitualmente, cada país tiene una situación distinta en cuanto a la regulación y capacidad de prescripción, en algunos de ellos la autorización es sólo para las matronas (por ejemplo, Holanda) o en otros casos, únicamente en situaciones de urgencia (Portugal). La Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recoge en uno de sus informes la actividad independiente de los profesionales de enfermería en regímenes de tratamiento en 18 países sobre 53 países miembros, así como iniciativas en este sentido en otros dos (Büscher 2010).

2. Definición

Existen diferentes definiciones de la prescripción enfermera. En primer lugar no existe consenso sobre si hay que diferenciar entre prescribir y recetar. Según la RAE prescribir es “preceptuar, ordenar, determinar algo” y “recetar, ordenar un remedio”, y recetar es “prescribir un medicamento con expresión de su dosis, preparación y uso”, es decir, los considera sinónimos (RAE 2014). Pero algunos autores (Jodar-Sola 2009, 335-338), refiriéndose a la prescripción sanitaria, consideran que prescribir “va mas allá de extender una receta para la dispensación de un medicamento u otro producto, implica indicar y planificar acciones frente a un problema basadas en un juicio clínico, y por ello exigen una valoración previa y un encuadre dentro de las competencias profesionales”, mientras que recetar sería un acto administrativo, que en muchos casos, por la creciente informatización de los centros sanitarios, se realiza por medios electrónicos.

Por otro lado la profesión de enfermería ha desarrollado su corpus de diagnósticos de enfermería siendo los más conocidos los de la NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) por haber sido propugnados por la asociación de enfermeras americanas que desde 1973 viene trabajando en la elaboración, actualización y difusión de una clasificación de diagnósticos de enfermería que actualmente son una referencia a nivel mundial, y que traen aparejados los resultados que se espera obtener (NOC) y las intervenciones para lograrlos (NIC). Entre estas intervenciones se incluyen algunas actuaciones farmacológicas, que también se incorporan a algunos Planes de cuidados (HURS 2016, NANDA 2016).

Por ello la prescripción enfermera se deriva de la planificación de acciones basadas en un juicio clínico por parte de enfermería y por lo que podría definirse como las actuaciones dirigidas a obtener la satisfacción de las necesidades de salud de las personas y de la población, basadas en un diagnóstico y las intervenciones terapéuticas de cuidados.

Debemos señalar que hay tres modelos de prescripción enfermera: la que podría denominarse como prescripción autónoma, la prescripción colaborativa y la dirección de grupos de pacientes (Gielen 2014, Jodar Sola 2009, Morales 2006).

La prescripción autónoma es aquella que realiza el profesional de enfermería de acuerdo con el diagnóstico de enfermería en el marco del plan de cuidados, asumiendo su responsabilidad sobre la misma, debiendo realizar el seguimiento de los resultados y la evolución de los pacientes. Habitualmente los medicamentos que se incluyen son aquellos que no precisan prescripción médica, pero en algunos países (por ejemplo en el RU) existe un listado más amplio de medicamentos (que incluye muchos que precisan receta médica y que se actualiza periódicamente).

La prescripción colaborativa es realizada por el enfermero en colaboración con un prescriptor distinto, habitualmente un profesional médico. Los medicamentos que conforman este tipo de prescripción son los sujetos a prescripción médica, pudiendo el profesional de enfermería responsable realizar algunos cambios (ajustar la dosis, etc.) según la evolución del paciente y siempre de acuerdo con los protocolos establecidos. En este supuesto el responsable de la prescripción es el médico que la realiza y el profesional de enfermería lo sería tan sólo de las modificaciones realizadas.

La dirección de grupos de pacientes, que se había denominado como grupo de protocolos anteriormente, se refiere a las instrucciones escritas para el suministro y la administración de los medicamentos para situaciones clínicas concretas, elaborados por equipos multidisciplinarios, que excluyen prescripciones individualizadas. Este tipo de prescripción también se ha denominado semi-independiente ya que los profesionales de enfermería sólo pueden suministrar y prescribir medicamentos en los términos establecidos por protocolos predeterminados, aunque utilizando su propia evaluación de las necesidades del paciente (Royal College on Nursing 2004, Currie 2009).

3. Adecuación y conveniencia

La adecuación y conveniencia de la prescripción de enfermería puede analizarse desde dos enfoques distintos, uno de ellos es el legislativo, es decir, la adecuación a las leyes de esta actividad. Este enfoque parte de la asunción de que las leyes no pueden ni deben cambiarse y de alguna manera supone la sacralización de las mismas sin cuestionar la adecuación de estas leyes a las peculiaridades y/o necesidades de la práctica sanitaria y a las características de la profesión, en este caso de la enfermería (Antequera 2016).

El otro enfoque tiene que ver con las competencias profesionales. La prescripción enfermera está enmarcada dentro de las competencias de la enfermería, porque son intervenciones que la enfermería realiza, que influyen sobre la salud de los pacientes, y no sólo sobre la salud individual de estos, sino también sobre aspectos que a su vez hacen lo propio sobre el conjunto del sistema sanitario (coste – efectividad, etc.) (ADSPN 2016, Arribas 2015, Consejo General Enfermería 2006).

La competencia es el conjunto identificable y evaluable de conocimientos, actitudes, valores y habilidades relacionadas entre si que permiten el desempeño satisfactorio del trabajo, y está vinculada a la **capacidad**, la **habilidad**, la **destreza** o la **pericia** para realizar algo específico o tratar un tema determinado (Currie 2009).

Por eso, la prescripción enfermera tiene cabida en las actividades de la profesión de enfermería ya que esta incluye cualquier cuidado directo que los profesionales de enfermería realizan en beneficio directo de los pacientes, y que por lo tanto incluyen:

- La necesidad de mejorar la prestación de cuidados de los pacientes
- El uso más efectivo del tiempo y de los recursos asistenciales
- Una necesidad de legitimar el trabajo que los profesionales de enfermería ya vienen realizando históricamente
- Mejora de las relaciones y la colaboración entre los profesionales de la salud
- Beneficia a las enfermeras, profesionales de la salud en general, gestores del sistema sanitario y fundamentalmente a los pacientes

4

El encaje de la prescripción en la profesión de enfermería

Es importante tener en cuenta la evolución de la profesión enfermera que también se ha producido en el marco de su titulación y de su formación, pasando de ser considerados como auxiliares del médico a unos titulados universitarios autónomos. Así, inicialmente ATS (ayudantes técnicos sanitarios) fue la nueva titulación en 1953 de los hasta entonces practicantes, a la que se accedía con el título de bachillerato elemental y tres años de estudios en las escuelas de enfermería; en 1977 se le reconoce el título universitario, DUE (diplomados universitarios de enfermería) con una formación a la que se accede con la selectividad y con tres años más de formación universitaria en las escuelas universitarias de enfermería y posteriormente con el desarrollo del grado de enfermería (2008) configurándose como una titulación universitaria mas (cuatro años de formación tras la selectividad).

De esta manera la formación de grado de enfermería recoge las siguientes competencias específicas que deben adquirirse de formación básica común (MCI 2008):

- Conocer el uso y la indicación de productos sanitarios vinculados a los cuidados de enfermería.
- Conocer los diferentes grupos de fármacos, los principios de su autorización, uso e indicación, y los mecanismos de acción de los mismos.
- Utilización de los medicamentos, evaluando los beneficios esperados y los riesgos asociados y/o efectos derivados de su administración y consumo.

Por otro lado, se ha producido también un cambio epidemiológico que hace que la cronicidad de las enfermedades sea cada vez mayor y da mayor relevancia a la atención a los cuidados.

¿Por qué debería prescribir la enfermería? En principio existen varios motivos (ADSPN 2016, Bruges 2013, FADSP 2015, FADSP 2016, Ledesma 2016, Mundo Sanitario 2011):

- Primero, porque es una práctica que ya se realizaba habitualmente en el ejercicio diario de la profesión.
- Segundo, porque está dentro de su responsabilidad la aplicación de los planes de cuidados de acuerdo con los diagnósticos de enfermería y esos planes de cuidados incluyen la utilización de diversos productos farmacéuticos.
- En tercer lugar, la enfermería ha demostrado ampliamente su buen hacer en la gestión y utilización de los recursos del sistema sanitario.
- En cuarto lugar, porque la utilización de medicamentos esta dentro de las capacidades de su ejercicio profesional y se incluye en la formación específica de los profesionales tanto en los estudios de grado como en los correspondientes a la especialización en enfermería.
- En quinto lugar, los profesionales de enfermería, como cualquier persona en el desempeño de cualquier función, aspiran a tener control sobre lo que hacen. Ser dueño de principio a fin de la actividad que se desarrolla es fuente de satisfacción y motivación.
- Y en sexto lugar, porque la enfermería es capaz de realizar protocolos de uso y evaluación de medicamentos sujetos a su propia prescripción.

5. Impacto sobre el funcionamiento del sistema sanitario

La práctica cotidiana del sistema sanitario en nuestro país suponía hasta recientemente que todos los productos sanitarios destinados a los cuidados eran controlados por el profesional que realiza esos cuidados; hablamos de apósitos, productos tópicos, absorbentes, tiras reactivas diagnósticas, sondas, etc. Son productos que mueven cantidades ingentes de dinero de cuyo gasto deben hacerse responsables las personas que los manejan, indican y/o prescriben. Esto se hacía de este modo porque no parece sensato que el médico/a, a indicación del enfermero/a, tenga que realizar el trámite administrativo de generar la receta, y rendir cuentas del gasto a nivel de gestión de recursos etc.; cuando son productos que recaen en las competencias enfermeras. El Decreto de diciembre de 2015, no resuelve ni siquiera algo tan evidente, pues no permite al profesional de enfermería emitir de forma autónoma ningún tipo de receta. Sólo permite emitir recetas al médico, podólogo y odontólogo de acuerdo a la modificación de la Ley de uso racional del medicamento de 2006 que se modificó en 2009.

Las enormes discusiones que se arrastran desde hace 6 años sobre este tema, pueden estar reflejando la falta de delimitación clara de las áreas competenciales de cada profesión sanitaria. En este sentido, podría argumentarse que el Colegio de Médicos quiere delegar funciones pero no delegar competencias. Por otro lado, parece que el Colegio de Enfermería quiere asumir competencias que tal vez no figuran en un catálogo, por otra parte inexistente. Parte de las desavenencias profesionales pueden tener que ver con desacuerdos sobre quién decide parte del gasto y quién tiene el mando (Ledesma 2016).

La seguridad en el ejercicio profesional de enfermería se debe tener muy en cuenta y con el Decreto de Diciembre de 2015 algunos profesionales se sienten en riesgo legal, sensación reforzada por las manifestaciones de ciertos colectivos médicos generalmente corporativos.

Desde el punto de vista de la práctica sanitaria segura (segura para el enfermo), el problema de la prescripción enfermera radica en los fármacos. El Decreto les exige una

acreditación y no prevé periodos transitorios. No se trata de saber más o menos farmacología (más saben los farmacéuticos y no prescriben) si no que prescribir implica un diagnóstico aunque sea de un síntoma pero sobretodo requiere tener el conocimiento de la situación del paciente en su conjunto, como un todo. Así pues, la cautela por parte de todos debe ser grande.

En la Norma estatal de 2009, que era similar al Decreto con el que se está funcionando en Andalucía desde ese mismo año, hay un listado de 96 fármacos como antiácidos, laxantes, analgésicos, vitaminas, hierro, calcio, antihistamínicos sobre los que se pueden emitir “órdenes enfermeras”. Son fármacos para síntomas menores, no sujetos a prescripción médica o bien fármacos a dosis bajas como antiinflamatorios. Incluso éstos, requieren una atención cuidadosa, pues implican un riesgo. Aunque sean de venta libre, si el paciente lo compra y toma por su cuenta la responsabilidad será suya, si lo prescribe una enfermera, los responsables son ella, el médico, el centro sanitario... (Consejería de Salud 2009, Ledesma 2016,)

Pero este es un riesgo asumible, después de 6 años funcionando en Andalucía no parece que se hayan causado daños ni aumento de gasto ni otros problemas. Solo el 5% de las más de 5 millones de recetas emitidas por enfermería han sido fármacos, el resto han sido productos sanitarios. Todos los agentes implicados parecen estar satisfechos con el funcionamiento del sistema en cuanto a prescripción enfermera se refiere (Ledesma 2016).

La prescripción enfermera surge en Suecia en 1988 como una alternativa para garantizar la atención sanitaria y el acceso a fármacos en zonas geográficas muy alejadas y con difícil acceso, en el entorno de un Servicio Nacional de Salud donde la densidad de profesionales de enfermería es elevada (último dato disponible: 11,15 profesionales de enfermería por 1.000 habitantes, versus 5,14 de España) (Jodar-Sola 2009, OECD 2015), si bien ya en el RU se había explorado esta opción con anterioridad (Informe Cumberlege en 1986, Informe Crown en 1989) (Morales 2006) y en el mismo año, 1992, se aprueba la opción de que las profesionales de enfermería comunitarias pudieran realizar prescripciones de medicamentos contenidos en un listado específico (Act 1992).

Posteriormente en el RU esta opción de prescripción enfermera fue ampliándose tanto en el número de medicamentos a los que era aplicable como a las patologías para las que se establece la normativa (salud mental, prevención de embarazos, etc.), y paralelamente se fue implementando en más países, como EEUU, Canadá, Nueva Zelanda. Finlandia, Noruega, Holanda, Australia, Brasil, Francia. Botswana, Zambia, Sudáfrica, Irlanda, Colombia, etc., es decir se ha ido extendiendo a muchos países del mundo, predominando en aquellos que tienen sistemas sanitarios basados en el modelo de Servicio Nacional de Salud, aunque también está presente en otros países con modelos muy liberalizados (por ejemplo EEUU) (APRN 2008, Brooks 2001, Brooten 2002, Büscher 2010, Chaston 2009, Courtenay 2007, Department of Health 2006, Drennan 2014, NPC 2014, Ness 2015, Strickland – Hodge 2008, Watterson 2009, Wihellson 2003).

6. Regulación en España

La primera regulación en España es el cambio realizado en la Ley del Medicamento en 2009 (Ley 28/2009) que en su artículo Único. Dos establece que:

Dos. Se modifica el apartado 1 del artículo 77, que tendrá la siguiente redacción: «1. La receta médica, pública o privada, y la orden de dispensación hospitalaria son los documentos que aseguran la instauración de un tratamiento con medicamentos por instrucción de un médico, un odontólogo o un podólogo, en el ámbito de sus competencias respectivas, únicos profesionales con facultad para recetar medicamentos sujetos a prescripción médica. Sin perjuicio de lo anterior, los enfermeros, de forma autónoma, podrán indicar, usar y autorizar la dispensación de todos aquellos medicamentos no sujetos a prescripción médica y los productos sanitarios, mediante la correspondiente orden de dispensación. 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 y para la continuidad asistencial, mediante la aplicación de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial, 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.»

Así, por primera vez se reconoce la prescripción autónoma de enfermería, incluyendo la necesidad de una formación específica para su implantación en la práctica.

Posteriormente, en 2010 (MSPSI 2010) el *Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación* establece en su artículo 1 definiciones, que:

c) Orden de dispensación: la orden de dispensación, a la que se refiere el artículo 77.1, párrafo segundo de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, es el documento de

carácter sanitario, normalizado y obligatorio mediante el cual los profesionales enfermeros, en el ámbito de sus competencias, y una vez hayan sido facultados individualmente mediante la correspondiente acreditación, contemplada en la disposición adicional duodécima de la referida ley, indican o autorizan, en las condiciones y con los requisitos que reglamentariamente se establezcan, la dispensación de medicamentos y productos sanitarios por un farmacéutico o bajo su supervisión, en las oficinas de farmacia y botiquines dependientes de las mismas o, conforme a lo previsto en la legislación vigente, en otros establecimientos sanitarios, unidades asistenciales o servicios farmacéuticos de estructuras de atención primaria, debidamente autorizados para la dispensación de medicamentos.

Lo que vuelve a incidir en dos cuestiones básicas: la legitimación de la prescripción enfermera autónoma y la necesidad de una autorización de los profesionales de enfermería para la dispensación de medicamentos, pero resulta contradictorio que apareciendo después de la aprobación del decreto de la Junta de Andalucía sea tan poco concreto.

En este contexto se produce la normativa de la Junta de Andalucía DECRETO 307/2009, de 21 de julio, por el que se define la actuación de las enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía (Consejería de Salud 2009):

Artículo 1. Objeto y ámbito de aplicación.

Constituye el objeto del presente Decreto definir actuaciones específicas de las enfermeras y enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Artículo 2. Actuaciones de las enfermeras y enfermeros del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Las enfermeras y enfermeros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en el ejercicio de su actuación profesional, podrán desarrollar las siguientes actuaciones:

- a) Usar e indicar los medicamentos que, de acuerdo con la normativa vigente, no estén sujetos a prescripción médica y, en su caso, autorizar su dispensación (...), para los pacientes a los que presten sus cuidados y que tengan derecho a ella, en las condiciones que se establecen en este Decreto.
- b) Cooperar con los profesionales de la medicina y de la odontología en programas de seguimiento protocolizado de determinados tratamientos farmacológicos (...).
- c) Indicar y prescribir los productos sanitarios (...), a los pacientes (...), en las condiciones que se establecen en este Decreto.

Artículo 3. Uso e indicación de medicamentos no sujetos a prescripción médica.

1. Las enfermeras y enfermeros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en el ejercicio de su actuación profesional, tanto en el ámbito de los cuidados generales como en los especializados, podrán usar e indicar medicamentos que, (...) no estén sujetos a prescripción médica. Por ello, podrán autorizar su dispensación por los servicios de farmacia de los centros asistenciales correspondientes y por las oficinas de farmacia, en su caso, de los medicamentos que se encuentren incluidos la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía para los pacientes que tengan derecho la misma.

2. Para garantizar la utilización adecuada de estos medicamentos, la Consejería competente en materia de salud, con la participación profesional y el asesoramiento de las sociedades científicas y organizaciones profesionales, podrá establecer programas de formación, protocolos y pautas de utilización específicos de obligado cumplimiento.

Artículo 4. Seguimiento protocolizado de tratamientos farmacológicos individualizados.

1. Las enfermeras y enfermeros del Sistema Sanitario Público de Andalucía (...), en el ejercicio de su actuación profesional (...), podrán cooperar en el seguimiento protocolizado de determinados tratamientos individualizados, que se establezcan en una previa indicación y prescripción médica u odontológica.

2. Corresponde al profesional de la medicina o de la odontología, que prescribe el tratamiento al paciente, autorizar, expresamente, la realización del correspondiente seguimiento protocolizado a que hace referencia el apartado 1.

3. A los efectos previstos en este artículo, será obligatorio dejar constancia (...), de una descripción detallada del tratamiento inicial y la identificación del profesional de la medicina o de la odontología que lo prescribe; de la autorización expresa de éste para que sea seguido y, en su caso, modificado, por una enfermera o enfermero, conforme al protocolo establecido o autorizado por la Consejería competente en materia de salud, así como, de la correcta identificación de todos y cada uno de los cambios que se introduzcan en el citado tratamiento y del profesional que los ordena(...).

4. En el caso de que el acceso al medicamento deba realizarse a través de oficinas de farmacia, el seguimiento protocolizado del tratamiento, sólo podrá realizarse si la prescripción médica u odontológica correspondiente, se ha producido a través del sistema de receta médica electrónica.

5. Corresponde a la Consejería competente en materia de salud establecer los tratamientos farmacológicos susceptibles de seguimiento por parte de las enfermeras y enfermeros y autorizar o establecer sus correspondientes protocolos, así como fijar los requisitos específicos y procedimientos para la acreditación (...). Los protocolos, (...), contemplarán, al menos, los parámetros del tratamiento ajustables por dichos profesionales y los rangos de ajuste autorizados para cada uno. En ningún caso podrá modificarse el principio activo o la marca del medicamento prescrito por el profesional de la medicina o de la odontología.

Artículo 5. Indicación y prescripción de productos sanitarios

1. Las enfermeras y enfermeros del Sistema Sanitario Público de Andalucía(...) podrán indicar y prescribir los productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía, a los pacientes que tengan derecho a la misma y, en consecuencia y en función de cuál sea el modelo de gestión adoptado conforme a lo establecido en el Real Decreto 9/1996, de 15 de enero, autorizar su dispensación, con cargo a dicha prestación, por las oficinas de farmacia o, en su caso, proceder a su entrega en el centro asistencial.

2. Para garantizar la utilización adecuada de estos productos sanitarios, la Consejería competente (...), podrá establecer programas de formación, protocolos y/o pautas de utilización específicos de obligado cumplimiento.

De nuevo se establece la prescripción enfermera autónoma de los medicamentos que no precisan prescripción médica y la colaborativa en los casos en que existan protocolos específicos y haya una autorización médica genérica. También establece una formación profesional específica bajo la responsabilidad de la Consejería de Salud. Conviene recordar que este Decreto no ha sido recurrido por el Gobierno central, por lo que sigue vigente a todos los efectos.

En este contexto, en diciembre de 2015 se publica el Real Decreto 954/2015, del 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros (MSSI 2015) que en su artículo 3 establece que:

Artículo 3. Indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos de uso humano sujetos a prescripción médica.

1. Los enfermeros, en el ejercicio de su actividad profesional, (...), podrán indicar, usar y autorizar la dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica, mediante la correspondiente orden de dispensación que tendrá las características establecidas en el artículo 5.

2. Para el desarrollo de estas actuaciones (...) el enfermero deberá ser titular de la correspondiente acreditación emitida por la Dirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad conforme a lo establecido en este real decreto. En todo caso (...), 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 3. Será en el marco de dicha guía o protocolo en el que deberán realizarse aquellas actuaciones, las cuales serán objeto de seguimiento 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 por el tratamiento.

Y asimismo señala en su adicional tercera que:

Disposición adicional tercera. Adecuación de disposiciones que regulan las funciones de los enfermeros.

Las disposiciones, de igual o inferior rango, que regulan las funciones que corresponden a los enfermeros en materia de indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano se adecuarán a las previsiones de este real decreto en cuanto se opongan al mismo.

En resumen, mientras las normativas de 2009 y 2010 establecen la prescripción enfermera autónoma, condicionada a una formación específica, lo que también recoge la normativa andaluza, que además desarrolla ampliamente las condiciones para la prescripción colaborativa, el RD 954/2015 niega esta posibilidad, cuando además, al no tratarse de una ley, no tiene capacidad legal para derogar o cambiar lo establecido en las citadas anteriormente. No son pues de extrañar los numerosos recursos producidos a esta última normativa ni el hecho de que alguna comunidad autónoma, como Cataluña, haya decidido elaborar una norma propia para dar cobertura legal a la prescripción enfermera.

Por otro lado el RD 954/2015 da marcha atrás en lo que se refiere a la prescripción enfermera autónoma y, aunque no se cierra la puerta a la prescripción colaborativa, la hace muy difícil porque exige que los protocolos sean de aplicación en todo el Estado, los realice la Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud con la participación del Ministerio de Sanidad, Colegios profesionales, representantes de las comunidades autónomas y otras entidades. Posteriormente debe ser validado por el ministerio y publicados en el BOE para su aplicación en todo el Estado.

También se ha debatido profusamente sobre la necesaria acreditación profesional en esta materia. Es posible que en un futuro, cuando todas las enfermeras lo sean mediante un grado universitario y se haya desarrollado la especialización vía EIR, esta acreditación no sea necesaria. Pero incluso entonces, se requerirá de una acreditación para patologías crónicas concretas como ocurre en otros países donde se ha depositado en la enfermería una responsabilidad mayor sobre el control de los enfermos crónicos. La necesidad de

acreditación ha estado siempre presente, de hecho, en Andalucía, 4.000 enfermeras han recibido ya acreditación en prescripción colaborativa (Ledesma 2016).

El problema se ha generado con la aplicación en la práctica del RD 954/2015 en el sistema sanitario. Una lectura literal del texto, sin tener en cuenta el contexto legislativo llevaría a que la utilización de cualquier medicamento (sea de libre dispensación o de prescripción médica) sea indicada por un profesional médico dentro del contexto de un diagnóstico concreto y un plan terapéutico a monitorizar, y eso ha provocado numerosos problemas en temas habituales relativos a los cuidados de enfermería, como por ejemplo las curas que éstas venían realizando según los protocolos establecidos y apoyados en las correspondientes evidencias científicas sobre las que los médicos en general tienen información muy limitada. Lo mismo ha ocurrido con las vacunas que son suministradas por los profesionales de enfermería según protocolos generales establecidos en las áreas de salud o en los servicios regionales de salud sin que exista una indicación expresa de su utilización en individuos concretos. Todo ello ha producido, aparte de un gran malestar de los profesionales de enfermería, algunos enfrentamientos entre los profesionales (especialmente en Atención Primaria que es donde la enfermería desarrolla sus funciones con mayor autonomía), y molestias y problemas para los ciudadanos que han visto postergada su atención o han multiplicado las citaciones de manera innecesaria.

En general, estas situaciones con cierto grado de dificultad aparentemente se han ido resolviendo con el tiempo pero permanecen latentes, siendo la comprensión de la necesidad de una actuación colaborativa de los equipos sanitarios, así como por las declaraciones e instrucciones de la mayoría de las CCAA (no sólo de las que han recurrido el RD 954/2015 ante los tribunales) que han hecho que en la realidad cotidiana de la mayoría de los centros sanitarios al final se siga actuando de manera parecida, cuando no igual, que antes del RD.

Finalmente, señalar que ha habido discrepancias entre las organizaciones corporativas profesionales de medicina y enfermería. La Organización Médica Colegial se ha opuesto frontalmente a la prescripción enfermera autónoma, tal y como recoge la declaración de la Asamblea del Consejo de Colegios Médicos *“Por lo tanto, en ningún momento los enfermeros, pueden usar, indicar o dispensar de forma autónoma medicamentos sujetos a prescripción médica, salvo en el ámbito colaborativo, previo diagnóstico y*

prescripción médica y en el contexto de guías y protocolos clínicos debidamente consensuados.” (OMC 2015) y los colegios de enfermería por el contrario se han mostrado muy beligerantes en su defensa. Detrás de esta polémica parecen estar por un lado interés en mantener el monopolio de la prescripción (con las consecuencias que supone en cuanto al empleo y la recepción de “ayudas” de los laboratorios farmacéuticos, y por el otro el de implementar sistemas de formación controlados por los organismos colegiales).

7.

Resumen de la experiencia internacional con especial referencia al Reino Unido

La prescripción enfermera existe en muchos países del mundo, con muchas peculiaridades en cada uno de ellos, aunque el caso más interesante para nuestro país es el del RU, tanto por su antigüedad y los avances significativos que se han dado en su caso como por el hecho de que ha avanzado de una manera paulatina y con debate abierto tanto a los profesionales como a la ciudadanía.

En el RU existen los tres tipos de prescripción enfermera citados en el apartado 2 (Department of Health 2006, Gielen 2014, NICE 2012):

- Las enfermeras prescriptoras independientes que incluyen dos categorías:
 - Las enfermeras prescriptoras independientes que son responsables de sus propias prescripciones y que pueden ser de dos tipos: enfermeras visitadoras de salud y enfermeras prescriptoras de distrito, que tienen capacidad para prescribir un número limitado de medicamentos y un reducido número de medicamentos sujetos a prescripción médica. El formulario ha ido ampliándose con el tiempo, en su versión inicial (en 1994) recogía los siguientes productos: analgésicos, anestésicos locales, catéteres urinarios y accesorios, desinfectantes y antisépticos, fármacos antihelmínticos, fármacos para el cuidado oral, fármacos para eliminación de tapones óticos, fármacos y productos para la anticoncepción, fármacos para pediculosis, productos para el cuidado de estomas, productos para el cuidado de heridas, tiras reactivas y material para el cuidado de la diabetes, y vendajes. Son unas 25.000 profesionales en el RU.
 - Las enfermeras prescriptoras de un formulario amplio (*extended formulary nurse prescribers*) que son profesionales especialmente entrenadas para asumir las prescripciones incluidas en el formulario ampliado de prescripciones de enfermería (NEPF según sus siglas en inglés) que incluye 80 patologías y 180 prescripciones sujetas a receta médica. Estos profesionales precisan de una formación especial y son 2.300 profesionales.

- Las enfermeras prescriptoras suplementarias, que es el equivalente a lo que se define en España como prescripción colaborativa, prescriben a pacientes crónicos, con tratamiento de larga evolución (como la anticoagulación) y a algunos con patologías complejas como los problemas de salud mental. Tienen también una formación específica, son alrededor de 1.700 profesionales y trabajan con protocolos realizado conjuntamente por los equipos de salud (en RU también los farmacéuticos).
- Las enfermeras directoras de grupos de pacientes, que comenzaron en el año 2000, y que no tienen una formación específica en cuanto a las responsabilidades de prescripción, si bien el NICE ha establecido unas normas para establecer las competencias y el asesoramiento de estos profesionales (NICE 2016). Estos profesionales realizan: programas de inmunización, prescripciones fuera del horario habitual donde es probable que la enfermería tenga capacidad de responder a las necesidades de medicamentos (siempre que hayan sido indicados previamente por un médico) y manejo de situaciones especiales en la que los profesionales de enfermería son el primer contacto con los servicios de urgencias (por ejemplo la contracepción de urgencia). En realidad, salvo en este último supuesto (situaciones de urgencia), se trata de una modalidad de prescripción colaborativa con una mayor autonomía y la denominación de directoras de grupos de pacientes parece poco apropiada.

Como ya se ha señalado, las dos primeras modalidades de prescripción precisan de una formación y entrenamiento especial que están regulados y monitorizados por el *Nursing and Midwifery Council* (NMC), que es una entidad de carácter oficial que depende del Ministerio de Salud y con una composición plural donde están presentes todos los sectores implicados. La formación para la prescripción suplementaria consta de 26 días de formación teórica y además 12 días de práctica monitorizada con supervisión médica. Para acceder a la prescripción autónoma hay que hacer un programa de formación más extenso del que es responsable el NMC, que ha establecido también unas *Normas de aptitud para la enfermera y partera prescriptora* (NMC 2015) habiéndose planteado recientemente la necesidad de hacer una revalidación de las competencias en el NHS (NHS 2016).

La implantación de la prescripción enfermera en RU es también un ejemplo de parsimonia (implantación escalonada) y evaluación constante por eso es tan importante estudiarla en detalle. En 1994 se aprobó en ocho grupos de Atención Primaria, con el pilotaje de los médicos generales, en 1999 se decide la expansión de la prescripción enfermera a un mayor número de profesionales. En mayo de 2001 el Ministerio de Salud decide extender la prescripción autónoma de la enfermería y en otoño de este año se aprueba la “*The Health and Social Care Act 2001*” que extiende la responsabilidad sobre la prescripción de medicamentos. En abril de 2002 se incluye en la lista de medicamentos a los profesionales de enfermería a la mayoría de los medicamentos que prescriben los médicos generales, y en noviembre de ese mismo año se establecen los sistemas de formación y entrenamiento para la prescripción suplementaria que se desarrollarían en 2003 (NPC 2014). Y también se incorporo en el *Código de estándares de la práctica y el comportamiento de las enfermeras y parteras* (NMC 2015).

En otros países se han seguido actuaciones similares porque RU se ha convertido en una referencia internacional sobre prescripción enfermera y en primer lugar se ha extendido en países con un modelo sanitario similar, es decir Servicios Nacionales de Salud (Suecia, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Noruega, Irlanda, etc.), pero posteriormente ha incluido a otros países con sistemas más liberalizados de asistencia sanitaria (Kroezen 2011). Las condiciones para el acceso a la prescripción varían en cada caso concreto, así en Nueva Zelanda se precisan al menos 4 años de ejercicio profesional y un Máster (Chaston 2009), en Canadá son 3 años de ejercicio y una formación específica (CNA 2015). Hay varios países en los que la formación para la prescripción se hace mediante el nivel académico de Máster (además de los citados, Australia, Holanda, Suecia, algunos estados de EEUU). La práctica de la prescripción enfermera tiene también una gran variabilidad (en Suecia existen seis categorías que en realidad son pequeñas variaciones sobre la prescripción autónoma y la colaborativa) (Wilhelsom 2003). El caso de EEUU es más complejo ya que cada estado tiene una legislación propia, habiéndose planteado por el *National Council of State Board of Nursing* un documento de consenso en julio de 2008, para establecer una situación homogénea, lo que se ha suscrito en su totalidad en 12 estados de la unión y parcialmente en la mayoría de los restantes (APRN 2008).

Como se ha señalado anteriormente, el desarrollo de la prescripción enfermera ha supuesto la extensión de esta práctica a muchos países del mundo, con variaciones en su

aplicación, tipos, necesidad de formación, regulación, etc. de acuerdo con las características de cada caso concreto, el tipo de modelo sanitario, etc. Lo que también se ha producido es un interés, desde el inicio de esta práctica, de evaluar los resultados de su implantación, tanto en cuanto a los resultados asistenciales, como a la apreciación por la ciudadanía y otros profesionales, y en su repercusión económica.

Un primer estudio de revisión de la prescripción enfermera se realiza en 2003 (Latter 2004) recogiendo datos entre 1993 y 2002 del RU, es decir, nada más iniciarse la práctica en RU recogiendo la experiencia en este país, incluyendo 18 publicaciones basadas en la investigación que se incluyeron en la revisión. Los resultados indican que los pacientes están satisfechos en general con la prescripción de las enfermeras del distrito y de las enfermeras visitadoras de salud en esta primera fase de la prescripción enfermera. Las enfermeras que prescriben también se encuentran, en general, satisfechas aunque se han evidenciado algunas preocupaciones acerca de la idoneidad de sus conocimientos farmacológicos. Hay variaciones en los patrones de prescripción de las enfermeras de distrito y de las visitantes de salud y, además, se constataron las limitaciones del formulario existente con la práctica habitual de las profesionales de enfermería. Asimismo, se observó que se producía un impacto positivo sobre las prácticas de prescripción de los médicos y las perspectivas de ciertos grupos de pacientes.

Otra revisión posterior que incluyen los trabajos realizados hasta 2013 (Gielen 2014) y una perspectiva más amplia en cuanto a la procedencia de los países que se han incluido en los artículos revisados (RU, EEUU, Noruega, Holanda, Canadá, Colombia, etc.), y también en lo que respecta al ámbito de la atención sanitaria (23 artículos son de atención primaria, 9 de atención especializada y uno incluye a ambas). La revisión concluye que comparados con los médicos las prescripciones son similares en cuanto al tipo y dosis de medicinas prescritas. Los estudios incluidos que comparaban la cantidad total de medicamentos prescritos por médicos y enfermeras mostraron resultados mixtos (en algunos casos los más prescriptores son los médicos, y en otros los profesionales de enfermería). En los resultados de salud se encontraron pocas diferencias: los parámetros clínicos fueron los mismos o mejores en el caso de las prescripciones de las enfermeras, y la calidad percibida de la atención fue similar o mejor y los pacientes tratados por las enfermeras estaban tan satisfechos o más satisfechos que los tratados por los médicos, lo que ya se había señalado anteriormente (Kinnersley 2000).

Toda la literatura disponible abunda en el mismo sentido, pese a algunas reticencias iniciales (Horton 2002) que cuestionaban la prescripción enfermera y señalaban la necesidad de ralentizar su implantación. La experiencia de casi 25 años señala que no ha habido problemas significativos, desde luego no más que los que tienen las prescripciones realizadas por médicos y que esta práctica se ha acabado integrando sin grandes complicaciones en los sistemas de salud y ello es lo que explica su amplia difusión a otros países. En España se ha realizado algún trabajo (Brugues 2016) que constata que no existe ninguna resistencia especial a su implantación y que la mayoría de los médicos, profesionales de enfermería y farmacéuticos apoyan su puesta en funcionamiento.

Por otro lado los profesionales de enfermería prescriptores demuestran ser un grupo muy activo. Así, en una encuesta realizada en RU (RCN 2013) entre 2.454 enfermeras prescriptoras, el 99% realizaban actividades de seguimiento y formación sobre la prescripción (9% cursos, 33% días de entrenamiento, 17% actividades de aprendizaje basadas en el trabajo, 29% programas de formación online y el 11% habían consultado guías de prescripción en Internet). Otro dato de interés es que de ellas el 61% prescribían a diario y sólo el 11% lo hacían menos de una vez a la semana.

Otra línea de los estudios realizados sobre la prescripción enfermera trata sobre los costes de la misma y el posible incremento del gasto farmacéutico, lo que se ha evidenciado, en cambio, es un menor gasto farmacéutico en los pacientes que reciben prescripciones de enfermería (Daele 2010, Gielen 2014, Martin- Misener 2015, Venning 2000) lo que ha llevado a algún responsable a señalar que el NHS podría ahorrarse 2.500 millones de libras extendiendo la prescripción a todos los profesionales de enfermería del RU (Campbell 2014, Nursing Times 2015).

En Andalucía, donde la implantación de la prescripción enfermera es reciente, se ha evidenciado en 2014 una disminución en el gasto en apósitos del 9,26% y en tiras reactivas del 35,47% en tiras reactivas (Casado 2016), porque aunque existe una compra centralizada de este material la decisión sobre la indicación del uso del mismo recae sobre los profesionales de enfermería.

8.

Ventajas y problemas detectados

Las principales ventajas identificadas de la prescripción enfermera son:

- Es un desarrollo natural de la profesión de enfermería porque supone una parte más de los planes de cuidados que son el desarrollo de los diagnósticos de enfermería que la profesión viene incorporando a su práctica desde 1973 y se corresponden con las intervenciones (NIC) para lograr los resultados a obtener (NOC) en los planes de cuidados (NANDA 2016)
- Favorecen una mayor accesibilidad de la población a las prescripciones necesarias para su atención sanitaria, lo que es especialmente evidente en los sistemas sanitarios que tienen un gran desarrollo de la Atención Primaria y una importante actividad comunitaria de la enfermería
- El desarrollo de la prescripción enfermera, en aquellos países en los que ha tenido una implantación dilatada en el tiempo y extendida en cuanto al número de profesionales que la utilizan, ha sido bien aceptada por los pacientes, que en general la aprecian más que la realizada por los médicos, y por el resto de los profesionales sanitarios
- Ha mejorado la valoración y la visibilidad de los profesionales de enfermería entre la población y su satisfacción con el desempeño de sus funciones y puede considerarse que ha funcionado como un acicate para su actualización y formación continuada
- Algunos datos que señalan las posibles implicaciones de la prescripción enfermera sobre una mejora de la calidad de la prescripción y de una disminución de los costes farmacéuticos, aunque ambos hechos todavía precisan de una mayor evidencia científica

En cuanto a los problemas, hay poca evidencia empírica que ponga de manifiesto problemas con la prescripción enfermera, práctica que está extendida en unos 20 países donde más de 200.000 profesionales de enfermería la realizan, lo que supone cientos de millones de prescripciones (en Andalucía, que lleva 6 años de desarrollo, sólo en 2014 se emitieron un total de 3.130.236 órdenes enfermeras) (Casado 2016).

Con estas limitaciones, es decir, ante la ausencia de datos que ratifiquen los problemas de la prescripción enfermera, éstos fueron teóricamente señalados en el RU (Horton 2002) y podrían esquematizarse en:

- Problemas de colaboración en los equipos de salud por tensiones competenciales
- Insuficientes conocimientos de los profesionales de enfermería sobre farmacología
- Facilidad para ser manipuladas por la industria farmacéutica con el resultado de incrementos de los costes y mayor utilización inapropiada de medicamentos
- Dedicación excesiva a las tareas prescriptoras abandonando las demás actividades tradicionales de la profesión de enfermería

No hay evidencia empírica robusta que apoye estas dificultades planteadas en torno a la prescripción enfermera, aunque no es descartable que sea necesario más tiempo para poder evaluar con mayor exactitud los problemas que podrían derivarse de esta práctica.

9. **Cualificación profesional para la prescripción**

La formación específica parece una precondition reconocida para el ejercicio de la prescripción enfermera, pero, como se ha visto, esta formación es distinta en unos países respecto a otros y en ocasiones también diferente según el nivel de autonomía que tengan los profesionales a la hora de prescribir.

En este tema conviene tener en cuenta que recientemente los estudios de enfermería se han convertido en grado en nuestro país y que ello ha supuesto no sólo una ampliación en un año del tiempo de estudio, sino además una mayor presencia de los créditos dedicados a la formación en farmacología durante los estudios pregrado.

De hecho, se ha señalado que, por ejemplo, los estudios de odontología (profesionales a los que se reconoce el derecho a prescribir sin ninguna limitación) tienen un número similar de créditos de formación específica en farmacología que el grado de enfermería y en este caso (odontología) no se les exige formación postgrado alguna para recetar (Morales 2006). También debe considerarse que la puesta en funcionamiento de la formación de postgrado en las especialidades de enfermería (EIR) incorpora formación farmacológica sobre cada área concreta.

Por otro lado hay que ser conscientes de que la mayoría de las profesionales de enfermería pertenecen a una época anterior a la implantación de los estudios de grado y que es probable que todavía exista algún profesional de enfermería con la titulación de ATS (ayudante técnico sanitario), titulación que a partir de 1977 fue sustituida por la de diplomados universitarios en enfermería, por lo que podría ser razonable el que se llevase a cabo una formación específica previa al acceso a la prescripción, aunque siempre teniendo en cuenta las circunstancias específicas de cada profesional en lo que respecta a la práctica y ejercicio de la profesión. Incluso podría plantearse, si es que se pone en marcha la prescripción autónoma ampliada, que se programasen diferentes tipos de formación de acuerdo con la mayor o menor capacidad de prescripción.

10. Recomendaciones

1. La prescripción enfermera ha demostrado ser positiva en los países donde se ha implantado, con independencia de su modelo sanitario. Una larga experiencia que ya supera los 20 años no ha identificado problemas significativos en su implantación y desarrollo, por eso no tienen ningún sentido los problemas que se están produciendo para su plena implantación y desarrollo en nuestro país.

2. La prescripción enfermera supone una parte importante en el desarrollo profesional de la enfermería y entronca con los diagnósticos de enfermería y los planes de cuidados, siendo una consecuencia lógica de los mismos. En este sentido puede decirse que forma una parte intrínseca del trabajo de la enfermería.

3. Se sugiere derogarse el RD 954/2015 porque ha producido distorsiones y enfrentamientos en el seno de los centros sanitarios y porque contradice la legislación anterior sobre el particular.

4. Hay que realizar una nueva normativa sobre prescripción enfermera que tenga en cuenta al menos las dos modalidades de la misma (colaborativa y autónoma) y que contemple posibles incrementos de los grados de autonomía. Esta normativa debería de tener como principales cuestiones a abordar:

- Establecer de manera generalizada la prescripción colaborativa
- Regular la prescripción autónoma circunscrita a un grupo de medicamentos ampliables de acuerdo con la experiencia práctica derivada de su desarrollo
- Establecer mecanismos de regulación y supervisión de los profesionales de enfermería prescriptores similares al Nursing and Midwifery Council (NMC), es decir un Consejo Regulador/Supervisor de la Prescripción Enfermera, donde esté garantizada la presencia de todos los sectores implicados en la profesión
- Introducir requisitos de cualificación para la prescripción autónoma que tienen que tener en cuenta que tanto los nuevos titulados de grado como los especialistas EIR deberían tener reconocida su capacidad como prescriptores autónomos

- Garantizar la formación en prescripción enfermera para todos los profesionales que trabajan en el sistema sanitario público, que se realizará de manera progresiva por parte de las propias administraciones sanitarias
- Crear un registro de profesionales acreditadas para la prescripción enfermera
- Establecer sistemas de registro de la actividad de las enfermeras prescriptoras, donde se recogerán, como mínimo, las profesionales acreditadas, las órdenes que realicen, y el registro de los posibles errores y efectos adversos

5. Esta nueva normativa sería muy positiva si tuviera si 1) Abre un amplio debate social y profesional para que nazca con un apoyo y consenso muy mayoritario, y 2) pone en funcionamiento la prescripción autónoma de una manera escalonada y bien monitorizada, que, como se ha visto, probablemente ha sido una de las razones del éxito de esta práctica en RU.

Referencias

1. Abellán F.: Enfermería y medicamento. Informe del Experto nº 7. Fundación Salud 2000. Madrid 2013
2. Act 1992: Medical products: prescription by nurses. Disponible en: http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1992/28/pdfs/ukpga_19920028_en.pdf
3. Advanced Practice Registered Nurse (APRN): Consensus Model for APRN Regulation: Licensure, Accreditation, Certification & Education. 2008. Disponible en: <http://nursingworld.org/EspeciallyForYou/AdvancedPracticeNurses>.
4. Antequera Vinagre J.M., Larios Risco D., Ferrer Arnedo C., Martínez Riera J.R. y Repullo Labrador J.R. en representación de SESPAS: Enfermería y Medicamento: respuestas integradas y colaborativas para un problema complejo y controvertido. Documento de posicionamiento SESPAS 2/2016, Marzo 2016. Disponible en: www.sespas.es
5. Arribas Cacha A.A., Amézcua Sánchez A. (Coord.): Prescripción enfermera en la terapéutica del cuidado. Indicación, uso y dispensación de medicamentos y productos sanitarios en los cuidados generales. Enfo Ediciones (1ª Edic: 10/2015). Madrid
6. Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Navarra (ADSPN): En defensa de la prescripción enfermera. 2016. Disponible en: www.fadsp.org
7. Brugués, A., Catalan, A., Jodar G., Monguet J.M. y Trejo, A.: Consenso online sobre prescripción enfermera entre profesionales de la salud. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada 2016; 8:1: 1-6
8. Brugués i Brugués A. y Jodar i Solà A.: Un avance para la enfermera catalana: regulación de la Gestión Enfermera de la Demanda. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada 2013; 5, 1 :1-2
9. Brooks N., Otway C., Rashid C., Kilty E. y Maggs C.: The patient's view: the benefits and limitations of nurse prescribing. Br J Community Nurs. 2001 Jul;6(7):342-8
10. Brooten D., Naylor M.D., York R., Brown L.P., Hazard Munro B., Hollingsworth A.O., Cohen S.M., Finkler S., Deatrck J. y Youngblut J.M.: Lessons Learned from Testing the Quality Cost Model of Advanced Practice Nursing (APN) Transitional Care. J Nurs Scholarsh. 2002; 34(4): 369–375.

11. Büscher A., Sivertsen B. y White J.: Nurses and Midwives: A force for health. Survey on the situation of nursing and midwifery in the Member States of the European Region of the World Health Organization 2009. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen 2010
12. Campbell D.: Mistakes cost NHS up to £2.5bn a year, says health secretary Jeremy Hunt. The Guardian Thursday 16 October 2014. Disponible en: <http://www.theguardian.com/society/2014/oct/16/mistakes-cost-nhs-billions-each-year>
13. Canadian Nurses Association: Framework for Registered Nurse Prescribing in Canada. Canadian Nurses Association. Ottawa, 2015
14. Casado Mora M., Rodriguez Gomez S. y Lafuente Robles N.: Prescripción. Experiencia en Andalucía. Enfermería en Desarrollo 2016. Disponible en: <http://www.enfermeriaendesarrollo.es/index.php/en-desarrollo/211-prescripcion-experiencia-en-andalucia>
15. Chaston D. y Seccombe J.: Mental Health Nurse Prescribing in New Zealand and the United Kingdom: Comparing the Pathways. Perspectives in Psychiatric Care Vol. 45, No. 1, January 2009: 17-23
16. Consejería de Salud. Junta de Andalucía: DECRETO 307/2009, de 21 de julio, por el que se define la actuación de las enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía. BOJA 151.5/8/2009: 11-19
17. Consejo General de Enfermería: Marco referencial para la prescripción enfermera. Documento de Base. 2006. Disponible en: www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0151.pdf
18. Courtenay M., Carey N. y Burke J.: Independent extended and supplementary nurse prescribing practice in the UK: A national questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies 44 (2007) 1093–1101
19. Currie L. y Watterson L.: Investigating the role and impact of expert nurses. Br J Nurs. 2009 Jul 9-22; 18(13):816, 818-24.
20. Cuxart i Ainaud N.: La prescripción enfermera: una situación indispensable para la mejora del sistema de salud. Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. Barcelona 2006

21. Department of Health: A Guide to Implementing Nurse and Pharmacist Independent Prescribing within the NHS in England. Department of Health 2006. Gateway reference: 6429. Disponible en: www.dh.gov.uk
22. Dierick van Daele A.T., Steuten L.M., Metsemakers J.F., Derckx E.W., Spreeuwenberg C. y Vrijhoef H.J.: Economic evaluation of nurse practitioners versus GPs in treating common conditions. Br J Gen Pract. 2010 Jan; 60(570):e28-35. doi: 10.3399/bjgp10X482077
23. Drennan V.M., Grant R.L. y Harris R.: Trends over time in prescribing by English primary care nurses: a secondary analysis of a national prescription database. Health Services Research 2014, 14:54
24. Europa Press: El Congreso pide al Gobierno derogar la 'prescripción enfermera' al ser un "atentado" contra el ejercicio de los enfermeros. LaInformación.com. 19/4/2016. Disponible en: http://noticias.lainformacion.com/salud/personal-medico/Congreso-Gobierno-prescripcion-enfermera-ejercicio_0_909210258.html
25. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP): La enfermería en Atención Primaria. Análisis de la situación y propuestas de mejora. 2015. Disponible en www.fadsp.org
26. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP): La FADSP ante la prescripción enfermera. 2016. Disponible en www.fadsp.org
27. Gielen S.N., Dekker J., Francke A.L., Mistiaen P. y Kroezen M.: The effects of nurse prescribing: a systematic review. International Journal of Nursing Studies 51(2014) 1048-1061
28. Horton R.: Nurse-prescribing in the UK: right but also wrong. THE LANCET 2002; 359: 1875-6
29. Hospital Universitario Reina Sofía (HURS): Planes de cuidados con NANDA- NOC – NIC. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/index.php?id=catalogo_planes_cuidados. Consultado 29/3/2016.
30. Jodar-Solá G., Cuxart-Ainaud N. y Zabaleta del Olmo E.: Reflexiones sobre la prescripción enfermera en el ámbito de la atención primaria de salud. Aten Primaria 2009; 41(6):335-338
31. Jones K., Edwards M. y While A.: Nurse prescribing roles in acute care: an evaluative case study. J Adv Nurs. 2011 Jan; 67(1): 117-26. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05490.x.

32. Kinnersley P., Anderson E., Parry K., Clement J., Archard L., Turton P., Stainthorpe A., Fraser A., Butler C.C. y Rogers C.: Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. BMJ. 2000 Apr 15; 320(7241):1043-8.
33. Kroezen M., van Dijk L., Groenewegen P.P. y Francke A.L.: Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. BMC Health Services Research 2011, 11:127
34. Latter S.: Effectiveness of nurse prescribing: a review of the literature. Journal of Clinical Nursing 2004; 13:26-32
35. Ledesma C.: La prescripción enfermera y la seguridad del paciente. I: Prescripción autónoma. Sanidad en la Crónica. 5/4/2016.
Disponible en: <http://www.adpsalamanca.org/>
36. Ledesma C.: Prescripción enfermera y seguridad del paciente. Parte II. Prescripción colaborativa. Sanidad en la Crónica. 26/4/2016.
Disponible en: <http://www.adpsalamanca.org/>
37. Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE 31/12/2009: 112036-112038
38. Martin-Misener R., Harbman P., Donald F., Reid K., Kilpatrick K., Carter N., Bryant-Lukosius D., Kaasalainen S., Marshall D.A., Charbonneau-Smith R. y DiCenso A.: Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review.
BMJ Open 2015;5:e007167 doi:10.1136/bmjopen-2014-007167
39. Ministerio de Ciencia e Innovación: ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. BOE 19/7/2008: 31680 - 31683
40. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI): Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. BOE 20/1/2011: 6306-6329
41. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI): Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. BOE 23/12/2015: 121483 – 121498

42. Morales Asensio J.M., Martín Santos F.J., Contreras Fernández E., Morilla Herrera J.C.: Prescripción de medicamentos y productos sanitarios por enfermeras comunitarias. *Enfermería Comunitaria* 2006; 2 (1): 49-57
43. Mundo Sanitario: Prescripción enfermera. Un nuevo reto profesional. *Mundo Sanitario* 2011, Suppl 328
44. NANDA International: Defining the knowledge of nursing. www.nanda.org (Consultada 31/3/2016)
45. National Prescribing Centre (NPC): A single competency framework for all prescribers. NICE 2014. Disponible en www.nice.org.uk
46. Ness V., Malcolm W., McGivern G. y Reilly J. : Growth in nurse prescribing of antibiotics: the Scottish experience 2007-13: *J Antimicrob Chemother.* 2015 Dec; 70(12):3384-9. doi: 10.1093/jac/dkv255. Epub 2015 Aug 25.
47. NHS employers: Revalidation for nurses and midwives. 7/4/2016. Disponible en: <http://www.nhsemployers.org/your-workforce/retain-and-improve/standards-and-assurance/professional-regulation/nursing-revalidation#1>
48. NICE: Medicine and prescribing centre. 2012. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/about/nice-communities/medicines-and-prescribing>
49. Nursing Times: Nurse prescribers help save NHS almost £1bn a year. *Nurs Times.* 2015 Dec 16; 111(51-52):4.
50. Nursing & Midwifery Council (NMC): The Code. Professional standards of practice and behavior for nurses and midwives. The nursing and midwifery regulator for England, Wales, Scotland and Northern Ireland. London 2015. Disponible en: www.nmc-uk.org
51. Nursing & Midwifery Council: Standards of proficiency for nurse and midwife prescribers. The nursing and midwifery regulator for England, Wales, Scotland and Northern Ireland. London 2015. Disponible en: www.nmc-uk.org
52. OECD: OECD Health statistics 2015. Disponible en www.oecd.org
53. OMC: Declaración de la Asamblea General del Consejo de Colegios Médicos (CGCOM) sobre la gestión del medicamento. 28/3/2015. Disponible en <http://www.redaccionmedica.com/noticia/la-omc-insiste-la-prescripcion-parte-indisoluble-del-acto-medico-80276>
54. Real Academia Española (RAE): Diccionario de la lengua española 23 edición 2014. Disponible en: www.rae.es

55. Royal College of Nursing, 2004. Patient Group Directions: Guidance and Information for Nurses. Royal College of Nursing, London. Disponible en: https://www2.rcn.org.uk/_data/assets/.../001370.pdf
56. Royal College of Nursing (RCN): Nurse prescribing update 2013. Royal College of Nursing Publishing projects. London 2013. Disponible en: <http://journals.rcni.com/userimages/ContentEditor/1379936184622/Nurse-Prescribing.pdf>
57. Strickland-Hodge B.: Nurse prescribing: the elephant in the room?. *Quality in Primary Care* 2008;16:103–7
58. Venning P., Durie A., Roland M., Roberts C. y Leese B.: Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. BMJ. 2000 Apr 15; 320(7241):1048-53.
59. Watterson A., Turner F., Coull A. y Murray I.: An Evaluation of the Expansion of Nurse Prescribing in Scotland. Scottish Government Social Research. Edinburgh 2009
60. Wilhellsom S. y Foldevi M.: Exploring views of Swedish district nurse´s prescribing – a focus group study in primary health care. J Clin Nurs. 2003 Sep; 12(5):643-50.

Siglas y abreviaturas

ADSPN	Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Navarra
APRN	Registro de Prácticas Avanzadas en Enfermería
CNA	Asociación Canadiense de Enfermería
FADSP	Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública
NANDA	Asociación Norteamericana para los Diagnósticos de Enfermería
NHS	Servicio Nacional de Salud
NICE	Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica
NMC	Consejo de Enfermeras y Matronas
NPC	Centro Nacional de Prescripción
MSPSI	Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad
MSSI	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
OECD	Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo
RAE	Real Academia Española
RU	Reino Unido

Últimos Documentos de Trabajo publicados

- 1923/2016. **Las reformas económicas del futuro: un nuevo modelo de crecimiento para España.** Ramon Xifré y Jordi Salvador
- 192/2016. **Informe sobre la Transparencia Corporativa en España: una visión desde el sector empresarial, los medios de comunicación y las organizaciones pro-transparencia.** Elena Mañas y Óscar Montes
- 191/2016. **¿Ha podido más la crisis o la convivencia? Sobre las actitudes de los españoles ante la inmigración.** Héctor Cebolla Boado y Amparo González Ferrer
- 190/2015. **Análisis y propuestas para la regeneración de la sanidad pública en España.** Javier Rey del Castillo
- 189/2014. **La internacionalización en la base de la pirámide empresarial española: análisis y propuestas.** Ramon Xifré Oliva
- 188/2014. **El impacto de la crisis sobre el tejido social solidario de España: efectos y reacción de las ONGD frente a la crisis.** Kattya Cascante y Érika Rodríguez
- 187/2014. **El modelo territorial español treinta y cinco años después.** Tomás de la Quadra Salcedo
- 186/2014. **El derecho al olvido digital.** Luis Javier Mieres Mieres.
- 185/2014. **Los parados de larga duración en España en la crisis actual.** Sara de la Rica y Brindusa Anghel.
- 184/2014. **Medidas sociales para combatir el fraude fiscal en España.** María Goenaga Ruiz de Zuazu.
- 183/2014. **El copago sanitario: resultados para el sistema sanitario y los pacientes.** Manuel Martín García.
- 182/2014. **La privatización de la asistencia sanitaria en España.** Marciano Sánchez Bayle.
- 181/2013. **Gestión pública del hecho religioso en España.** José M.^a Contreras Mazarío.
- 180/2013. **Identidad social, pluralismo religioso y laicidad del Estado.** Ana Fernández-Coronado y Gustavo Suárez Pertierra.
- 179/2013. **El uso de símbolos religiosos en el espacio público en el Estado laico español.** Fernando Amérigo y Daniel Pelayo.
- 178/2012. **Los ciudadanos españoles ante la crisis.** Olga Salido.
- 177/2012. **La Economía Social y la atención a la dependencia. Propuestas para contribuir al desarrollo de los servicios de atención de la dependencia y a la generación de empleo estable y de calidad.** Antonio Jiménez Lara y Ángel Rodríguez Castedo.
- 176/2012. **La integración de las energías renovables en el sistema eléctrico.** Alberto Carbajo Josa.
- 175/2011. **Los sindicatos españoles: voz e influencia en las empresas.** Carmen García-Olaverri y Emilio Huerta.
- 174/2011. **Gestión de listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Una breve aproximación a su análisis.** Agustín Cañizares Ruiz y Álvaro Santos Gómez.
- 173/2011. **Una nueva Ley General de Sanidad para sostener el Sistema Nacional de Salud.** Javier Rey del Castillo.