

LA UNIÓN ESPAÑOLA DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS DE ENFERMERÍA (UESCE) ANTE LA ESPECIALIZACIÓN, LA PRESCRIPCIÓN Y LOS CUIDADOS LA FINAL DE LA VIDA (Informe resumen de la Asamblea UESCE del 22 enero de 2011)

AUTOR

Romero–Nieva Lozano, Jerónimo*.

*Presidente UESCE.

Los días 21 y 22 de enero se ha celebrado la Asamblea Nacional de Presidentes de Asociaciones y Sociedades Científicas de Enfermería, convocada por la UESCE, en el Centro Internacional de Enfermería “Pilas Bonas”, en Manzanares, Ciudad Real.

Treinta y cinco asociaciones y sociedades científicas de Enfermería, de las 45 que aglutina la UESCE, han estado representadas en las jornadas.

Las asociaciones y sociedades científicas de enfermería:

- Apuestan decididamente por contribuir a la mejora del Sistema Nacional de Salud, mediante la renovación y el fortalecimiento del rol de la Enfermería como eje básico de dicha mejora a través del desarrollo profesional continuo.
- Se posicionan ante los dilemas éticos de la vida y de la profesión: transformar la muerte digna en los mejores cuidados al final de la vida.
- Inician un proceso de revisión de competencias en sus respectivos ámbitos de influencia.

A modo de conclusiones más relevantes la UESCE ha aprobado, en esta asamblea, tres declaraciones que aquí se presentan resumidas.

Sobre la especialidad Médico–Quirúrgica:

- La denominación de una especialidad bajo el epígrafe de Médico–Quirúrgica y las propuestas derivadas de los trabajos de la Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería en Cuidados Médico–Quirúrgicos, responde fundamentalmente a la facilitación del desarrollo normativo derivado del catálogo de especialidades según el Real Decreto 450/2005, de Especialidades de Enfermería, pero en modo alguno da respuesta a las necesidades de los ciudadanos, de las instituciones y de los profesionales.
 - No responde, por indefinición derivada de la amplitud del término, a una necesidad de los usuarios o los pacientes. Estos no son atendidos nunca bajo el epígrafe genérico médico–quirúrgico.
 - No responde, desde el sentido lógico de lo que viene a representar el concepto especialidad, a una necesidad del Sistema Nacional de Salud, en sus estructuras ni por la ordenación y prestación de sus servicios.
 - No responde a las necesidades de los profesionales. Los enfermeros y las enfermeras ejercen su práctica clínica asistencial mediante repuestas de cuidados derivadas de la agrupación de los problemas y necesidades de los pacientes en ámbitos, servicios o unidades mucho más delimitadas y muy lejos de un marco general y globalizado como se deriva del sentido y lo que representa la expresión o denominación Médico–Quirúrgica.

Al respecto la UESCE demanda:

- La sustitución de la Especialidad de Enfermería en Cuidados Médico–Quirúrgicos por un nuevo catálogo de especialidades mediante el procedimiento legal y normativo.
- Avanzar en el desarrollo de áreas de capacitación específica (ACE), las que sean procedentes en cada momento y según el estado de la ciencia, como áreas de competencias transversales a todas o a varias de las especialidades de enfermería aprobadas en el Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, (p.ej.: el caso de Cuidados Paliativos como competencia transversal para Enfermería Geriátrica, Enfermería Familiar y Comunitaria, Enfermería Pediátrica y Enfermería de Cuidados Médico–Quirúrgicos).
- Modificar el período de ejercicio profesional en la especialidad de cinco años a dos años para acceder a una ACE (Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Artículo 25).

- Promover líneas de trabajo con la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias, en el ámbito nacional, y con las diversas instituciones *ad hoc* en las Comunidades Autónomas, para alcanzar que diversas áreas competenciales de enfermería puedan obtener el reconocimiento como Diplomas de Acreditación Avanzada, tal como recoge la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, específicamente en su artículo 36, para garantizar de este modo a los profesionales su acreditación y reconocimiento a través de dichos Diplomas y que éstos se consideren como mérito para el acceso en las convocatorias de plazas, tal como recoge el artículo 36.3.

Sobre la prescripción enfermera:

- Que hay una clara diferenciación y divergencia entre diversas propuestas formativas que en la actualidad se están promoviendo, en sus contenidos y duración y que sólo la derivada del Servicio Andaluz de Salud tiene efectos operativos, reales y prácticos.
- Que el diseño de los 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, según el artículo 77.1 de la 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, cuyo desarrollo ha de contemplarse en un futuro Real Decreto, para los ámbitos de aplicación concordantes con la existencia de diversas asociaciones y sociedades científicas de Enfermería (SSCC) debería contar con la participación de las sociedades científicas como así se ha demandado a la Secretaría General del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Que los enfermeros y enfermeras han de considerar las posibilidades derivadas de la adquisición de competencias prescriptoras, según la legislación vigente y por desarrollar, como una oportunidad de crecimiento profesional con efectos positivos para los resultados en salud derivados de sus propias intervenciones y materializados en las mejoras de las condiciones de vida saludable de los pacientes, las familias y la comunidad.
- Que la asunción de competencias prescriptoras por parte de los enfermeros y enfermeras, según la legislación vigente y por desarrollar, no son ni serán, en ningún caso, herramientas para aliviar la carga laboral administrativa de otros profesionales, los médicos, en lo que podríamos denominar el modelo prescriptor enfermero retrógrado e inverso, entendido éste como la práctica de que un enfermero/a pueda determinar la aplicación o administración de un producto o fármaco, según circunstancias, y que después informe a un médico/a para validar dicha acción.
- Que, en ciertos ámbitos, diferenciados y específicos, de práctica clínica enfermera, la aplicación de las competencias prescriptoras enfermeras son inexcusablemente un valor añadido para la mejor atención posible y que de ello son beneficiarios la comunidad, las familias, los pacientes, los profesionales y los sistemas de salud. Entre otros se pueden destacar ámbitos de *praxis* enfermera como por ejemplo la Enfermería deportiva, Enfermería del trabajo, cuidados paliativos, situaciones de urgencias y emergencias, atención domiciliaria, etc.

Al respecto la UESCE demanda:

- Que los enfermeros/as que deseen incorporar a su desarrollo profesional las nuevas competencias y entre ellas las de prescripción enfermera, en el sentido legislado y en las normas que desarrollen dicha legislación, que lo hagan con la seguridad jurídica pertinente y mediante un análisis en profundidad de las diversas ofertas formativas existentes al respecto en la actualidad y las que en su caso podrán ir apareciendo.
- Reconocer el modelo andaluz como una propuesta de desarrollo profesional comprensible y factible y que por ello la UESCE lo propone como referente en tanto no se alcanza una propuesta mejor hasta lograr la competencia prescriptora enfermera autónoma y con su aplicación extendida a ámbitos de cuidados enfermeros de práctica avanzada. Junto a este reconocimiento la UESCE reconoce simultáneamente el valor aplicativo de la plataforma conocida como *e-nursing* promovida por el CGE, sin por ello dejar de requerir su divulgación en abierto para todos los enfermeros y enfermeras que lo requieran para su práctica profesional.

Sobre el proyecto de ley de muerte digna:

- Solicitamos que esta norma legal se denomine “Ley de calidad en la atención al final de la vida”, ya que los términos empleados inicialmente (“muerte digna” y “morir con dignidad”), tienen significados diversos y a veces contrapuestos, lo cual puede inducir a confusión.
- Reconocemos que las enfermeras demuestran mediante sus intervenciones y resultados que son capaces de:

1. Respetar los valores, estilos de vida y creencias de la persona durante el proceso de enfermedad avanzada y final de vida, asumiendo la variedad de éstos e incorporándolos y adaptándolos al proceso de atención.
- _____ 2. Reconocer la vulnerabilidad y fragilidad de la persona en situación de enfermedad avanzada y final de vida y, en consecuencia, la necesidad de velar, activamente, por el respeto de sus derechos fundamentales.
3. Proteger el derecho a decidir de la persona, asegurándose que dispone de la información necesaria, durante todo el proceso asistencial, de manera adaptada a su demanda, receptividad y situación clínica, y respetando, también, la voluntad del paciente, cuando éste no puede expresarse por sí mismo, asegurando que quede reflejado en la historia clínica orientando y facilitando la formalización de un documento de voluntades anticipadas.
4. Participar en la toma de decisiones terapéuticas respecto al paciente en situación de enfermedad avanzada y al final de la vida, reconociendo la complejidad de la situación y la necesidad de un abordaje multidisciplinar, aportando la valoración enfermera como elemento esencial en la identificación de las necesidades del paciente y el plan de cuidados enfermeros que contribuye a garantizar la asistencia integral y de calidad a la persona y su entorno familiar.
