

Interacció entre professions sanitàries

Lurdes Alonso

La Llei 44/2003 d'ordenació de les professions sanitàries (LOPS) designa:

- Funcions dels professionals de la salut. Al metge li correspon el diagnòstic i el tractament, i a l'infermer, les cures d'infermeria, promoció, manteniment i recuperació de la salut, així com la prevenció de malalties i discapacitats.
- Treball en equip
- Delegació voluntària de tasques concretes legalment delegables, amb capacitació de l'infermer, confiança entre professionals, protocols consensuats i control mèdic de tasques realitzades. Responsabilitats:
 - La institució garanteix la formació de la persona delegada.
 - La responsabilitat de cada professional és personal i indelegable.
 - Qui delega és responsable de controlar la tasca realitzada.

Gestió de la Demanda Aguda a l'Atenció Primària (GDA-AP): Delegació de Funcions (DF) i propostes d'infermeria

Infermeria ha canviat el seu paper a l'AP des dels anys 90 amb les consultes d'infermeria per al seguiment dels pacients crònics, l'atenció domiciliària i l'atenció a la comunitat, i, els darrers anys, l'atenció a patologies agudes, mitjançant l'anomenada GDA-AP que, seguint uns protocols, inclou la resolució autònoma del cas amb diagnòstic i decisió terapèutica.

Per poder fer la GDA-AP es va aprofitar la delegació de tasques prevista a la LOPS, però distorsionant-la tant que no compleix cap dels seus punts. Els metges delegaven (DF) en les infermeres la sol·licitud de proves o derivacions, el diagnòstic i la terapèutica sense límits, per a tots els pacients i tot el temps, tant si el metge hi era com si no, sense límit ni control. Les infermeres rebien una formació minsa, curssets d'una o poques hores. Els protocols que s'utilitzen eren fets per infermers per a un nombre molt elevat de patologies i demostren gosadia i irresponsabilitat.

Inicialment, els propis infermers estaven en contra de fer tasques per a les que no estaven capacitats. Amb el temps, aquesta pràctica s'ha anat imposant, reforçada amb l'establiment d'incentius específics (DPO).

Les empreses que ho havien implantat han entès que la DF és il·legal i l'han substituït per les "propostes" d'infermeria, informades als metges només com una modificació del programa informàtic. Un cop visitats els pacients amb els mateixos protocols, les infermeres fan autònomament derivacions, petició d'analítiques i control del tractament anticoagulant (TAO) i fan "propostes" al metge que trien sobre prescripció, baixes o

transport sanitari. Aquest rep, durant la seva consulta, una petició virtual per acceptar les propostes.

El model de "propostes" de l'AP de l'ICS comporta dobles visites, retard en el temps d'atenció i riscos per a pacients i professionals. La DF de l'AP de l'ICS era il·legal. Aquest model ho torna a ser. MC ha presentat un escrit d'al·legacions per estar sustentat en irregularitats competencials, ja que genera sobrecàrrega assistencial als metges i no definir la responsabilitat civil (RC), penal i administrativa.

El metge és qui pot fer un diagnòstic mèdic i una prescripció farmacològica i és el responsable legal d'emetre la baixa, seguiment o alta després d'haver realitzat una visita mèdica. Si l'infermer detecta que cal fer algun canvi de tractament o una baixa, ho ha de comunicar al metge. En el control del TAO, el metge ha de valorar tot allò que surti del rang terapèutic establert. Les derivacions o peticions d'analítica han de ser seguint protocols consensuats, amb coneixement del metge i fent-ho constar a la història. El transport sanitari, mentre no canviï la instrucció del CatSalut, ha de ser indicat per un metge. En tots els casos, el pacient ha de ser programat a l'agenda del metge amb el temps necessari per a la seva valoració. Si un metge accepta una proposta d'infermeria n'està assumint la responsabilitat legal i deontològica.

El paper d'infermeria a anestesiologia

Algunes gerències hospitalàries assignen les visites preoperatòries de valoració del risc anestèsic als infermers. Alguns també assumeixen la sedació de les proves endoscòpies.

És una aberració clínica i jurídica que professionals que no han estat formats per dur a terme un acte de la transcendència de l'anestèsia assumeixin el rol de l'especialista. No es garanteix que la informació aportada per al consentiment informat de la visita preoperatòria sigui adequada, si no és l'anestesiòleg qui l'ofereix en base a la seva formació i la seva experiència. També poden aparèixer conflictes jurídics vinculats a les competències en les pòlisses de RC. No hi ha cap argument clínic o organitzatiu que justifiqui aquesta mesura, que no persegueix l'eficiència sinó l'estalvi, reduint la plantilla d'anestesiòlegs. Cal respectar la LOPS i evitar confusions competencials que poden arribar a comprometre la salut dels pacients.

Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM)

Salut ha endegat una reforma del SEM amb infermeres que actuen seguint la *Guia d'actuació infermera d'urgències i emergències prehospitalàries* elaborada per infermers, revisada pel COIB i avalada pel CCIC, que posa a les mans de l'infermer el diagnòstic, prescripció i tractament de pacients de forma autònoma.

MC va demanar la retirada d'aquesta guia. La Conselleria n'ha incorporat l'autorització mèdica, presencial o no, per a "la prescripció, quan no hi hagi situacions de risc vital imminent". MC ha reiterat la petició d'aturada d'aquesta reforma que substitueix el metge per un infermer i ha demanat suport als quatre col·legis de metges catalans.

Prescripció infermera

1. Llei 29/2006, d'ús racional dels medicaments: Metges i odontòlegs són els únics professionals amb facultat per prescriure medicaments.
2. La Llei 28/2009 modifica la Llei 29/2006. Metges i odontòlegs són els únics professionals amb facultat per prescriure medicaments. Els infermers podran indicar, usar i autoritzar la dispensació de medicaments no subjectes a prescripció mèdica amb ordre de dispensació. També, acreditats pel Ministeri, podran usar i autoritzar la dispensació de determinats medicaments subjectes a prescripció mèdica, seguint protocols acordats amb les organitzacions col·legials mèdiques i infermeres.
3. El Decret 307/2009, de 21 de juliol, d'actuació dels infermers en la prestació farmacèutica del Sistema Sanitari Públic Andalus (SAS). Els infermers del SAS, acreditats per la Conselleria de Salut, poden **cooperar en el seguiment protocol·litzat de determinats tractaments individualitzats**, amb una prèvia prescripció i autorització mèdica del protocol. La Conselleria estableix quins tractaments farmacològics poden seguir els infermers, autoritza els protocols i fixa els requisits per acreditació.
4. El Reial Decret Legislatiu (RDL) 1/2015, de 25 de juliol de 2015, és el text refós de la Llei del medicament, incorporant les modificacions produïdes des de l'entrada en vigor de la Llei 29/2006, i diu el mateix que la Llei 28/2009.
5. El Reial Decret (RD) 954/20015, de 23 d'octubre, regula la indicació, l'ús i l'autorització de la dispensació de medicaments per part d'infermers. Diu el mateix que el RDL, especificant que el metge ha de determinar abans el diagnòstic, la prescripció i el protocol, i fer el seguiment del compliment, la seguretat del procés i l'efectivitat del tractament. També estipula que els centres sanitaris i els col·legis verificaran que l'RC cobreixi aquestes activitats.

La prescripció d'aquests medicaments és inseparable del diagnòstic, aprenentatge que s'adquireix mitjançant els estudis del grau de Medicina, el postgrau i l'activitat assistencial tutelada. Un RD només pot desenvolupar allò que diu la llei, mai contradir-

la. El RD no afecta les situacions en què hi ha protocols establerts o quan es fan tasques inherents a la professió d'infermera.

6. El Departament de Salut va signar el juliol de 2015 un acord amb els col·legis d'infermers per desenvolupar la Prescripció Infermera a Catalunya i treballa per aprovar un decret català sobre indicació autònoma i prescripció col·laborativa l'abans possible, consensuat amb representants d'infermers i de metges. També ha presentat un recurs contenciós administratiu davant el TS contra el RD per estar en contra de la manera en què el RD regula la prescripció col·laborativa i de la necessitat d'acreditació per exercir la indicació autònoma de medicaments.

Conclusions

Des del primer moment, MC ha defensat de forma pública i clara la necessitat de respectar el límit entre professions tant pel bé dels pacients com dels professionals. Defensem el treball en equip i no plantejem una oposició sistemàtica a la realitat social i al progrés tecnològic, però abans d'implementar qualsevol mesura és imprescindible la validació de la seva eficiència clínica, de garanties legals i deontològiques i el respecte als drets del pacient. Els estudis realitzats per avaluar els resultats de la delegació de l'atenció mèdica a infermeria són escassos i cap d'ells no ha conclòs que els resultats siguin positius. A més, els que s'han publicat en el nostre entorn presenten deficiències metodològiques inacceptables i interpretacions distorsionades dels resultats. Infermeria té molta feina a fer i cal que la professió es desenvolupi dins del marc del treball conjunt amb el lideratge mèdic dels equips.

Estem vivint uns moments de gran sobrecàrrega assistencial dels metges per la reducció de plantilles i l'augment de la complexitat dels processos assumits. Les retallades han afectat especialment i de forma desproporcionada les plantilles mèdiques i els recursos assistencials. Rebutgem l'estratègia d'implantació d'un model assistencial de baix cost, una medicina sense metges, assignant competències mèdiques a altres professionals.