

COL·LEGI OFICIAL
INFERMERIA
DE BARCELONA



CONSIDERACIONS DEL COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERIA DE BARCELONA (COIB) A LA PUBLICACIÓ DE LA PROPOSTA: *EL PAPER D'INFERMERIA EN L'ATENCIÓ A LES PATOLOGIES AGUDES*, PUBLICAT AL FÒRUM VIRTUAL DEL PORTAL ICS DE L'INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT (ICS).

Barcelona, 18 de juliol de 2005



| Índex | Pàg. |
|--|-------------|
| Justificació..... | 3 |
| 1. Aspectes generals..... | 5 |
| 1.1. Pel que fa a les infermeres i a la seva aportació professional..... | 5 |
| 1.2. Pel que fa a l'àmbit de competència..... | 6 |
| 1.3. Pel que fa a la denominació dels seus professionals, de la professió i de la disciplina..... | 7 |
| 1.4. Pel que fa al procés de cures..... | 8 |
| 2. Consideracions del Pla des de la responsabilitat professional..... | 10 |
| 2.1. Gestió de l'agenda..... | 10 |
| 2.2. Atenció telefònica..... | 10 |
| 2.3. Personal de reforç..... | 10 |
| 2.4. Vacunació..... | 11 |
| 2.5. Aplicació del protocol..... | 11 |
| 2.6. Prescripció de medicaments..... | 12 |
| 2.7. Incapacitat laboral..... | 13 |
| 2.8. Càrregues de treball..... | 14 |
| 3. Recolzament jurídic..... | 15 |
| 3.1. La prescripció farmacològica per part de la infermera..... | 15 |
| 3.2. Lliurament de baixes i altes mèdiques per part de la infermera..... | 15 |
| 3.3. Triatge i valoració de pacients..... | 16 |
| 3.4. La cobertura de les assegurances que tenen subscrites les infermeres..... | 16 |
| 4. Resum de les consideracions..... | 18 |
| 5. Bibliografia..... | 21 |



Justificació

Motivat per un gran nombre de consultes i reclamacions ateses en el Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, aquest document té com a objectiu fer tot un seguit de consideracions a la publicació de la proposta ***El paper d'infermeria en l'atenció a les patologies agudes*** difós al fòrum virtual del *Portal ICS* de l'Institut Català de la Salut (ICS), publicació que ha provocat un profund malestar en el col·lectiu d'infermeres i infermers de l'àmbit de l'atenció primària a la demarcació de Barcelona.

A banda de les consideracions que incloem relacionades amb el contingut concret de la publicació esmenada, de nou ens veiem en la necessitat d'intervenir, no tant sols per aclarir allò que les infermeres podem aportar a la salut de les persones, sinó per recordar que ho fem, i ho hem de fer, des d'una perspectiva professional pròpia que se suma a la d'altres professionals. Aquesta mirada infermera, que al observar a les persones que atenem a través del filtre de la disciplina infermera -constituïda pels coneixements, les habilitats i els principis ètics que fonamenten la nostra professió-, veu tot un seguit de situacions i problemes que són, exactament, aquells que les infermeres podem ajudar a resoldre. És per això que aquesta mirada infermera, feta des del centre d'interès de la disciplina, és la que fa que la nostra aportació sigui única, indispensable i insubstituïble.

I tot això ho farem en un marc de col·laboració amb altres professionals de la salut, col·laboració que entenem com una actuació coneguda i compartida des de cada saber disciplinar i en unes estructures organitzatives que permetin i facilitin el treball en equips multidisciplinars, però sense confusions, des del treball autònom i responsable dels qui, amb consciència professional, creiem possible millorar cada dia la realitat del nostre sistema sanitari.

D'altra banda, cal també recordar que les persones que conformen els serveis infermers són el principal recurs de cures en els centres de salut i la gestió de les cures requereix la utilització del potencial de cada persona cuidadora. La infermera troba moltes dificultats per dur a terme el desenvolupament d'aquesta aportació pròpia a les persones subjectes de la seva atenció i propostes com la publicació objecte de les nostres consideracions encara contribueix a augmentar aquestes dificultats.

Des d'aquesta corporació professional, a qui correspon l'ordenació de l'exercici de la professió infermera i la funció de vetllar pel correcte exercici de la professió infermera, però també la de procurar pels interessos dels seus professionals, estem obligats a fer-vos-les arribar, no només per intentar corregir tot un seguit d'imprecisions i d'errades conceptuals i metodològiques que conté, sinó per intentar també fer arribar la nostra proposta per millorar aquest *Pla d'Hivern*. Però també la d'advertir a les infermeres i als infermers del perill que suposa dur a terme determinades actuacions que la poden posar en risc.

Les infermeres, que hem fet de les persones, individualment, familiarment o comunitàriament, la nostra raó de ser professional, som les primeres interessades en contribuir a la millora dels



serveis sanitaris, socio-sanitaris i socials i qualsevol iniciativa que tingui aquesta intencionalitat ens preocupa i ens interessa. I estem disposades a millorar-la des del nostre àmbit de competència, des del saber que ens situa en una perspectiva única i des d'on podem aportar.



1. Aspectes generals

1.1. Pel que fa a les infermeres i a la seva aportació professional

En l'actualitat les infermeres hem experimentat un procés de professionalització. Fa ja quasi trenta anys de l'entrada dels nostres estudis a la Universitat, fet que ens defineix el nostre àmbit de coneixement professional i aspectes que abasta la nostra autoritat per prendre decisions en virtut d'un reconegut coneixement en la matèria, delimitada pel currículum formatiu, disposem d'autonomia professional derivada tant d'aquesta autoritat de coneixement expert, propi i exclusiu de la professió, com de les normatives legals. Concretament la Llei d'Ordenació de les Professions Sanitàries (LOPS), que ens faculta per l'exercici autònom de la professió, acomplint tots els trets diferencials i identificadors d'una professió, ja que disposem també d'un Codi d'Ètica i d'un espai exclusiu de competència professional conegut i cada vegada més reconegut per la societat. Queda així definit el nostre àmbit competencial i la potestat d'exercici autònom.

Aquest àmbit competencial o d'autoritat professional delimitat pel que constitueix el coneixement i la ciència infermera, inclou dos rols bàsics en la seva funció assistencial: el rol autònom i el rol de col·laboració.

El rol autònom fa referència als aspectes de la pràctica professional relacionats amb el tenir cura. Rol que desenvolupem de forma independent fixant les pròpies regulacions de la pràctica segons els criteris de la ciència infermera, amb l'única limitació, a part dels manaments científics, de l'observança dels aspectes ètics i el més profund respecte als drets dels usuaris.

El rol de col·laboració és aquell que desenvolupem de forma transdisciplinar, conjuntament amb professionals d'altres disciplines, per tal de donar suport a la persona en els seus problemes de salut relacionats amb el diagnòstic i tractament de malalties o amb altres aspectes no exclusius de l'àmbit infermer.

També cal tenir en compte que la pràctica assistència, en general i també la infermera, a més d'estar sotmesa als imperatius de les normes científiques i ètiques, també ho està de les normes legals. Les lleis que regulen aspectes diversos de la competència i procediments o pràctiques concretes.

Per tant, qualsevol planificació o organització de la pràctica assistencial de la infermera haurà de tenir en compte aquests aspectes i acomplir els següents requisits:

- a) Participació dels propis professionals en el seu disseny, que no pot ser aliè al pensament infermer ni obviar la capacitat d'autoregulació implícita en el professionalisme.
- b) Centrar-se en l'àmbit competencial infermer tant en el que pertoca al rol autònom com al de col·laboració, la planificació ha de desenvolupar-se des de la perspectiva de l'aportació



infermera en el procés d'atencions per la salut i abstenir-se de envair àmbits competencials d'altres professionals o perseguir objectius que no pertocuen a la professió infermera.

c) Ajustar-se allò que determinen les normes legals.

1.2. Pel que fa a l'àmbit de competència

D'altra banda, cal recordar que l'exercici de les professions titulades, com ara la professió infermera, i en conseqüència la determinació del seu àmbit de competències, ha de venir també regulat per llei, tal com es desprèn directament de l'art. 36 de la Constitució Espanyola; i, indirectament per al concret cas de les professions sanitàries, també de l'art. 43 del text constitucional, que obliga als poders públics a garantir el dret a la protecció de salut dels ciutadans i a que sigui una llei qui reguli els drets i deures al respecte.

En aquest sentit, la llei de referència en el moment actual és la ja citada Llei d'Ordenació de les Professions Sanitàries, que atorga aquesta qualificació a aquelles que la normativa universitària reconeix com a titulacions de l'àmbit de la salut i que en l'actualitat gaudeixen d'una organització col·legial reconeguda pels poders públics.

Per tant, és la llei la que ha de definir l'àmbit competencial de la professió infermera, i un cop efectuada aquesta delimitació legal les administracions públiques no estan en disposició d'alterar-lo unilateralment.

Si que és cert, i la pròpia Llei d'Ordenació de les Professions Sanitàries ho contempla expressament, que la determinació de les competències concretes de cada professió sanitària no es pot fer d'una forma tancada o concreta, ja que hi ha espais competencials compartits interprofessionalment, a banda d'altres que si són específics de cada professió. Però la pròpia llei esmentada, remet aquest exercici dinàmic d'adequació de la distribució o repartiment de competències entre les distintes professions sanitàries a la celebració de pactes interprofessionals previs a qualsevol tipus de normativa que les acabi plasmant o concretant positivament.

És evident, i així deriva de la regulació legal dels col·legis professionals, que davant la necessitat que es pactin acords entre les diferents professions sanitàries que tinguin àmbits competencials intercurrents, el protagonisme l'han d'assumir les organitzacions corporatives professionals que tenen la representativitat legal de cada professió, i aquesta pertany als col·legis professionals corresponents.

Finalment, cal recordar que és als col·legis professionals d'infermeria, per disposició legal (tant la llei de Col·legis Professionals estatal, com la autonòmica), a qui correspon l'ordenació de l'exercici de la professió infermera i la funció de vetllar pel correcte exercici de la professió.



En definitiva, l'Administració Sanitària –ni cap òrgan inserit en la mateixa –, té la potestat o la facultat d'alterar unilateralment l'àmbit competencial d'una professió sanitària, ni d'exigir als seus professionals l'assumpció de funcions o responsabilitats que legalment no tenen atribuïdes.

1.3. Pel que fa a la denominació dels seus professionals, de la professió, i de la disciplina

Abans de finalitzar aquest apartat, cal esmentar també la incorrecta utilització dels termes que pretenen denominar als professionals que exerceixen la Infermeria. Com que no ens sembla una qüestió banal i malgrat contribuirem irremediablement a l'excessiva extensió d'aquest document, no tenim més remei que recordar que ja fa temps, ateses algunes consultes en relació a la denominació del terme infermera en masculí, en femení o amb ambdós gèneres, el Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona ja va fer arribar als seus col·legiats i col·legiades un document de presa de posició sobre la denominació del terme infermera per anomenar a professionals d'ambdós gèneres.

Ja manifestàvem aleshores que, malgrat la denominació infermera i infermer pot fer-se de manera indistinta i fins i tot ambdues alhora (infermera/infermer), la recomanació del COIB era utilitzar la fórmula adoptada pel Consell Internacional d'Infermeres (CII) que utilitza la denominació *infermera* quan es refereix, de manera general, a professionals d'ambdós gèneres que exerceixen la professió infermera. En tot cas, el COIB recomana sempre, la inclusió d'un peu de pàgina o nota que aclareixi lesmentada denominació, del tipus: *De la mateixa manera que ho fa el Consell Internacional d'Infermeres (CII), en aquest document, quan es fa referència a la "infermera", cal entendre que s'al·ludeix a professionals d'ambdós gèneres.*

Però en tot cas, el que cal evitar és la denominació *Infermeria*, per referir-se als seus professionals que, en tot cas, es referiria a la ciència infermera (referida al coneixement empíric) o la disciplina infermera (referida a tot tipus de coneixement) o, en tot cas a la professió infermera (entenent com a professió l'accepció sociològica que la defineix com una activitat permanent, que requereix un títol, que serveix com un mitjà de vida i que, a més, determina l'ingrés en un grup professional determinat). Exactament igual que diem enginyers i no la Enginyeria o els psicòlegs i no la Psicologia

Del que cal fugir, doncs, és de la utilització de denominacions, com a mínim confoses, del tipus *col·lectiu d'infermeria* (no diem col·lectiu de medicina) per referir-se a infermeres i infermers o d'altres fórmules, tant usades com incorrectes, com *professionals d'infermeria* (no diem professionals de la medicina) pel que té de poc concreta. I sobretot perquè sovint s'ha utilitzat per fer referència a grups de persones d'altres categories laborals relacionades amb la tasca de la infermera (com les auxiliars d'infermeria) o al personal que pot dependre dels serveis infermers d'un centre (tècnics en laboratori o radiodiagnòstic, portalliteres, etc.) i que, per tant,



pot dur a confusions. **Encara molt menys l'estranya denominació de persona d'infermeria** que inclou la publicació a la que fem referència.

És per això que la nostra proposta va més orientada a quan utilitzem el terme infermeria com a adjectiu. Malgrat en el llenguatge comú s'acostumen a confondre els termes, crec que cal que siguem tots plegats rigorosos en aquest sentit i, especialment, en un treball plantejat des d'una institució com l'ICS. És a dir, utilitzar només *infermeria* quan ens referim a la disciplina, la ciència o, fins i tot la professió i utilitzar els termes *infermera*, *infermer* quan ens referim als i les professionals o quan precisem adjectivar el nom (diagnòstics infermers, professió infermera, activitats infermeres, etc.)

A fi de facilitar-ho proposem un "truquet" útil que consisteix en comparar-ho amb les diferents denominacions que fan els metges, que ho fan correctament. En són exemples: Si diem *col·lectiu mèdic*, diguem *col·lectiu infermer* i no *col·lectiu de la Medicina /col·lectiu d'Infermeria*; Si diem *metge adjunt*, diguem *infermera adjunta* i no *adjunt de Medicina/ adjunta d'Infermeria*; Si diem *activitats mèdiques*, diguem *activitats infermeres* i no *activitats de Medicina/ activitats d'Infermeria*.

D'aquesta manera es contribuirà al reconeixement de la infermera com a "subjecte" actiu de l'atenció sanitària, sociosanitària i social i a "normalitzar-la", en el sentit de considerar-la igual a la resta de professionals.

1.4. Pel que fa al procés de cures

Un altre aspecte general que caldria revisar té que veure amb qüestions metodològiques corresponents al que anomenem procés infermer o procés de cures, molt especialment pel que fa a la formulació diagnòstica. No ens estendrem molt en aquest apartat perquè sabem dels recursos que té l'ICS en infermeres d'expertesa i vàlua reconeguda tant en concepcions de cures, com en taxonomies, com en molts altres aspectes relacionats amb la metodologia infermera. De tota manera, sí que hem de dir, en primer lloc, que la nostra recomanació és que quan s'utilitzi el terme *diagnòstic* es procuri adjectivar (mèdic o infermer). Sens dubte, ajudarà a fer-lo més aclaridor.

En segon lloc, cal recordar que els diagnòstics infermers estan definits per la North American Nursing Diagnosis Associations (NANDA) com el judici clínic sobre la resposta d'una persona, família o comunitat en front a processos vitals o problemes reals o potencials que la infermera fa després d'una valoració individualitzada. A partir del diagnòstic infermer formulat, la infermera planificarà un seguit d'objectius, intervencions i activitats, que una vegada dutes a terme, hauran de ser convenientment avaluades. En fem referència perquè en l'anomenat *Protocol d'actuació d'infermeria en la grip/refredat comú* de l'apartat 5 de la publicació fa referència a uns *diagnòstics o problemes detectats* que defineix com a diagnòstics infermers freqüents en la grip i el refredat comú i remet a un llistat que conté l'annex 1 com si de signes



o símptomes es tractés, on s'anuncien 10 *Diagnòstics d'infermeria relacionats amb la grip i el refredat comú i on perillós*, etc.

De nou recordar que malgrat la infermera resol molts problemes derivats de la situació de malaltia, el centre d'atenció i objectiu de la seva aportació ja no és un altre professional ni tant sols una situació patològica, sinó la persona que atén i els seus requeriments d'ajuda per seguir un tractament o per controlar o manejar adientment la seva patologia. Heus aquí la gran diferència i, és per això, que les infermeres diem orgullosament que tenim cura de les persones.

Les infermeres entenem que l'exercici del "cuidar" només és possible si es concep a la persona com un ésser únic i singular i que els gestos i les paraules i, fins hi tot els ritus, les sol·licituds de cura varien en cada context, en cada persona i en cada cultura. No hi ha una única manera de cuidar, ja que en el marc on es desenvolupen les cures, cada relació és diferent perquè les protagonistes són diferents. I és per això que les infermeres hem convertit en reivindicació tossuda que no es pot "cuidar" en sèrie sinó que exigeix individualitat.

Diem això perquè creiem que hi ha molts aspectes metodològics relacionats amb el rol de col·laboració, aquells problemes reals o potencials, en que les previsions requereixen que la infermera faci per ells les activitats de tractament i control prescrits per un altre professional (generalment el metge) i que per anomenar-los és necessària la utilització de la terminologia mèdica (perquè és la que millor defineix les alteracions de la homeòstasi biològica i els diagnòstics infermers). Aquests donen nom a aquelles situacions que la infermera identifica, valida i tracta independentment i, a diferència dels anteriors, ella n'és la responsable no tant sols de les actuacions sinó del resultat final i en té ple control i autoritat sobre la situació.

És només per anomenar aquests problemes de la pràctica independent que la infermera utilitza una terminologia normalitzada com la taxonomia de la NANDA.

Caldria revisar doncs aquestes i d'altres irregularitats metodològiques que confonen i desorienten i que poden induir a errors importants per la qual cosa reiterem la recomanació que infermeres expertes de l'ICS en facin una revisió metodològica.



2. Consideracions al Pla des de la responsabilitat professional

2.1. Gestió de l'agenda

En el document es donen indicacions de com gestionar l'agenda als professionals, es diu inclús que evitin visites programades i atenció domiciliària en les èpoques en que es preveu que hi hagi major afluència de persones a les que calgui aplicar el protocol de cribatge previst en el Pla.

El criteri que ha de prevaldre a l'hora de gestionar l'agenda ha de ser el del propi professional un cop valorades les necessitats assistencials de la seva població i prioritant les accions a emprendre en virtut de la seva capacitat d'autonomia i en cap cas la infermera ha d'assumir tasques de suport a l'activitat d'altres professionals en detriment de les que li són pròpies i sobre les que té responsabilitat directa. Pel que **aquestes indicacions de com gestionar l'agenda han de quedar com a simples recomanacions, mai com un imperatiu i sempre sotmès al millor criteri assistencial de la infermera.**

2.2. Atenció telefònica

No és aquest l'espai per fer una anàlisi aprofundida dels múltiples riscos que implica una atenció telefònica, a tots ens són evidents els problemes de comunicació, interpretació de la informació, verificació del missatge i seguiment.

El que pot ser útil per una primera valoració i orientació en cas d'urgència no ha de convertir-se en una pràctica ordinària i menys amb l'objectiu de dissuadir al sol·licitant de la demanda d'assistència per obtenir un diagnòstic i tractament d'una patologia mèdica, mitjançant un cribatge telefònic, que en tot cas hauria d'estar minuciosament protocol·litzat, per pal·liar les mancances de la impossibilitat d'observació i exploració directa, refiant-nos sols del que se'ns refereixi telefònicament i no oblidar la necessitat de preveure uns registres exhaustius que permetin acreditar i reproduir la conversa telefònica, informació rebuda, recomanacions donades, perills previstos, etc.

Donat tot això exposat i els riscos que implica **la realització d'un cribatge dissuasori via telefònica i d'aspectes relacionats amb la patologia mèdica ens porta a desaconsellar ferventment que aquesta pràctica la duguin a terme infermeres.**

2.3. Personal de reforç

Es preveu que el personal de reforç sigui intern, és a dir, que el personal de l'EAP amplii la seva dedicació a canvi d'una compensació suficient.



Volem recordar que l'Estatut Marc en el seu Art.48 preveu que aquesta ampliació horària no pot superar la realització de 48 hores setmanals de treball afectin de promig en conjunt semestral i un límit màxim de 150 hores per any. **Pel que fa aquesta qüestió, des del COIB ens oferim per suggerir diferents propostes.**

2.4. Vacunació

Diu el Pla que cal aprofitar la presència de la persona per qualsevol motiu a la consulta de medicina o d'infermeria per tal que el professional que l'atengui en aquell moment el vacuni.

Cal tenir en compte que la vacuna de la grip és un medicament a administrar amb prescripció mèdica, per tant **s'ha de vigilar que l'afany vacunador no ens faci vulnerar normes i, a més, no oblidar tots els aspectes relacionats amb els drets dels usuaris: informació, consentiment, intimitat, etc.**

2.5. Aplicació del protocol

En primer lloc cal fer uns petits comentaris al contingut del redactat:

En l'apartat de Justificació s'afirma que *la infermera està capacitada per atendre problemes de salut de complexitat baixa*. Suposem que es deu voler referir a problemes relacionats amb el diagnòstic i tractament de la patologia mèdica de forma autònoma, perquè de problemes de salut d'alta complexitat, tant del rol autònom com del de col·laboració, n'està perfectament capacitada per atendre'ls i té plena competència per fer-ho. De tota manera és una afirmació que caldria argumentar, doncs a partir d'ella, és des d'on es fonamenta tot el paper de la infermera en la patologia aguda previst en el Pla.

En els objectius 2.3.4.) i 2.3.5.) en que es preveu atorgar a la infermera la possibilitat d'accés, (suposem que vol dir prescripció) als tractaments mèdics, i d'indicar (suposem que vol dir autoritzar administrativament) al pacient períodes de descans, cal remarcar que això implicaria, en els dos casos, la modificació de les respectives normatives, doncs una Entitat Gestora de Serveis Sanitaris Públics no pot dictar cap disposició de cap tipus que no s'ajusti al que preveu la normativa vigent.

Ja en la presentació del protocol de visita infermera (a part de la incorrecta utilització del terme *col·lectiu d'infermeria* que pot interpretar-se com de qualsevol membre de l'equip d'infermeria) es diu que caldrà informar de que l'està atenent una infermera sols en el cas de que es tracti d'un pacient no conegut. Discrepem totalment d'aquest punt, doncs tant des de l'aspecte ètic com legal, no sols cal informar del tipus de professional que l'està atenent a tots els usuaris, si no que a més és obligat demanar-li consentiment per atendre'l.



Per altra banda, i ja entrant en l'algoritme, no entenem la justificació del perquè de la necessitat d'existència de tres signes (i/o símptomes) alterats per prendre la decisió de derivació al professional metge, no sols la qualitat si no també la intensitat i tipus de signes o símptomes alterats pot ser determinant per a la presa de decisió, segons el criteri clínic de la infermera, de necessitat d'intervenció de diagnosi mèdica.

Pel que fa a la competència de la infermera per l'aplicació del protocol, utilitzant l'algoritme de presa de decisions, hem de considerar que a partir del contingut del currículum formatiu i dels criteris conceptuals de la professió infermera, es determina que la infermera està capacitada i té competència per actuar i prendre decisions, dins del rol de col·laboració, en el suport al diagnòstic i tractament de la malaltia, sempre que la seva decisió estigui circumscrita en, no tan sols en el derivat del rol autònom i la formulació de diagnòstics infermers, si no també en la constatació i intervenció sobre signes o símptomes relacionats amb la patognòmia i que evidenciïn una malaltia.

Per tant, la infermera està facultada per detectar i actuar sobre signes (objectius, observables, constatables) i símptomes (subjectius, manifestats per la persona subjecte d'atenció o familiars, acompanyants, etc.) sempre que en el procés de decisió no calgui efectuar una diagnosi o hipòtesi diagnòstica de patologia mèdica.

Així doncs, la infermera, pot actuar de forma autònoma per pal·liar i normalitzar els signes i símptomes alterats, però no pot (excepte situacions d'urgència o emergència) formular hipòtesis diagnòstiques de malalties ni diagnòstics mèdics.

La conclusió és doncs, que la infermera pot emprendre mesures de forma autònoma (basant-se en el seu coneixement científic i/o amb el suport de protocols i algoritmes) per abaixar la temperatura, per calmar el dolor, per mantenir la hidratació, i altres aspectes tant del rol de col·laboració com del rol autònom, sempre que no signifiqui o impliqui l'establiment d'un diagnòstic de patologia mèdica. Pot actuar sobre els signes i símptomes de la grip o el refredat comú, però no dictaminar el diagnòstic ni descartar una altra patologia. La infermera pot i vol col·laborar en l'abordatge de determinades patologies agudes, si la població així ho precisa, però ho vol fer des del seu àmbit de competència, des del seu treball autònom i responsable i de manera clara i definida.

2.6. Prescripció de medicaments

En el Pla d'actuació es preveu que la infermera prescrigui medicaments per pal·liar el signes i símptomes alterats (Paracetamol, Loratadina, Dextrometorfan, Dimemorfan).

Estem totalment d'acord en que la infermera està plenament capacitada i té els coneixements suficients per la seva formació com infermera generalista (en la que, entre altres, cursa l'assignatura de farmacologia) per utilitzar i prescriure aquests fàrmacs. Però és abundant la



normativa que regula la utilització i receptació dels medicaments (Llei del medicament, Lleis sobre la recepta mèdica) i en totes les normes s'explicita primer la classificació dels medicaments d'obligada receptació mèdica i l'obligatorietat de que sigui el professional metge qui indiqui i complimenti el tràmit administratiu de confecció de la recepta mèdica o del model de recepta propi del Sistema Nacional de Salut.¹

Per tant, si l'Administració Sanitària del Sistema Públic de Salut desitja que la infermera assumeixi aquesta tasca, el que cal fer és modificar d'una vegada per totes les normatives legals que regulen la classificació dels medicaments i el compliment de receptes, instituint el vademècum i receptes pròpies de la infermera.

El que no es pot acceptar és que la pròpia Administració Sanitària Pública estableixi procediments de treball contraris a la Llei posant en risc la responsabilitat professional de les infermeres.

En aquest sentit, és del coneixement de l'ICS que el COIB fa dos anys que està treballant per proposar la legislació de la pràctica de la prescripció infermera per determinats productes necessaris per a la seva activitat professional per la qual cosa posem els nostres treballs a la seva disposició.

2.7. Incapacitat laboral

En l'apartat referit als circuits es preveu que sigui la infermera, si s'escau, la que cursi la baixa laboral, per estalviar el que s'anomena visita administrativa.

D'entrada no sembla el més oportú carregar a la infermera d'una tasca aliena a la seva activitat per deslliurar a un altre d'una activitat administrativa. En termes col·loquials en diríem: "despullar a un sant per vestir-ne un altre". Però a més resulta que si repassem les normatives al respecte gairebé podríem dir el mateix que en l'apartat anterior, doncs la Llei atorga aquesta activitat de forma específica al metge.

Cal tenir en compte que la decisió de que a una persona li convé repòs i no pot anar a treballar, en aquest cas perquè té la grip o un refredat, o bé que ja està en condicions de tornar a la vida habitual, es basa en el fet d'un diagnòstic de malaltia, per tant correspon al metge prendre-la.

¹ Real Decreto 1910/1984 de 24 de septiembre, de receta médica. B.O.E. núm.259 de 29 de octubre de 1994.

- Orden de 30 de abril de 1986 por la que se establecen los criterios generales de normalización de recetas médicas. B.O.E. núm. 106 de 3 de mayo de 1986.

- Orden de 23 de mayo de 1994 sobre modelos oficiales de receta médica para la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. B.O.E. núm. 129 de 31 de mayo de 1994.



Pel que fa a les normatives legals cal revisar les que regulen les declaracions de baixa i alta a efectes de percebre la prestació econòmica de la Seguretat Social per incapacitat temporal (RD 575/1997-RD 1117/1998-Ordre 19 juny de 1997) que estableixen que la declaració de baixa la estendrà el metge després d'haver reconegut al treballador, visita mèdica que estableix com a obligatòria.

Per tant una infermera no pot decidir una incapacitat, ni pot complimentar el formulari, i a més és obligat que abans s'hagi fet una valoració per part del metge.

A risc de repetir-nos, cal insistir en el fet de que si es vol que ho faci una infermera, que pensem que està prou capacitada per decidir-ho, sobretot en l'àmbit del rol autònom, (és més, que moltes vegades caldria indicar-ho per diagnòstics infermers, no sols mèdics), el que cal és canviar les Lleis i ajustar-les a la realitat actual de l'assistència.

2.8. Càrregues de treball

No escapa a ningú que pràcticament tot el Pla per fer front a l'augment de càrregues de treball que es preveu per l'hivern amb la grip i el refredat, es fonamenta en descarregar de feina als metges i administratius per traspassar-la a les infermeres.

És obvi que disposant ja d'unes ràtios infermera/població de les més baixes d'Europa, no es pot pretendre assumir més activitats per part de la infermera, si no és en detriment de la que actualment està duent a terme.

Considerem que seria inadmissible demanar a les infermeres que deixessin de donar atenció integral, fer atenció domiciliària (precisament quan més es complica), o altres aspectes del rol autònom en lloc de preveure els suports i reforços de dotació d'infermeres que aquest Pla requereix.

De tots és sabut que una planificació de gestió sense la dotació pressupostària corresponent té mal avenir. No es pot pensar que la mateixa plantilla podrà fer més feina sense baixar la qualitat o reduir altres activitats i si s'assumeixen aquestes previsions del Pla en detriment de la qualitat o bé descuidant activitats pròpies de la infermera, el que es fa és posar en risc la responsabilitat professional.

De tota manera **caldria pensar en altres fórmules organitzatives aprofitant la dotació procedents del Pla Integrat i Urgències de Catalunya (PUIC) o d'altres relacionades amb formulacions organitzatives que, de ser d'interès de l'ICS, el COIB hi podria col·laborar.**



3. Recolzament jurídic

En aquest apartat transcrivim algunes de les consideracions fetes des dels serveis jurídics del COIB a manera de recolzament a aquelles qüestions expressades anteriorment molt especialment a les que fan referència a les activitats concretes que es proposen en aquest Pla d'Hivern.

A banda de consideracions metajurídiques, com ara les relatives a la redistribució de càrregues de treball que pot comportar la implementació d'aquesta proposta i la ineludible necessitat de reforçar el personal infermer dels EAPs que comportaria (i a la qual no es refereix el document), des d'un punt de vista estrictament jurídic es plantegen seriosos dubtes de legalitat respecte d'alguna de les propostes incloses en projecte del Pla d'Hivern.

Concretament podem identificar quatre aspectes essencials que, a la vista de la normativa aplicable, resulten de difícil encaix en el marc normatiu actual.

3.1. La prescripció farmacològica per part de la infermera

D'acord amb la normativa aplicable en matèria de prescripció de medicaments (d'entre la qual tornem a citar el RD 1910/1984 de recepta mèdica i l'Ordre de l'1 de febrer de 1990 sobre els models oficials de recepta mèdica), no es contempla la possibilitat que la infermera pugui receptar medicaments.

Tot i que les citades normes contenen nombroses referències relatives a que només els metges poden dur a terme la prescripció de medicaments, ens limitarem a citar el primer article de l'anomenat Reial Decret que defineix la recepta en els següents termes:

"Se entiende por receta médica el documento normalizado por el cual los facultativos médicos legalmente capacitados prescriben la medicación al paciente para su dispensación por las farmacias."

És a dir, que la normativa vigent reserva en exclusiva aquesta facultat als metges, mentre que el present document - proposta contempla l'assignació a la infermera de funcions que impliquen la decisió sobre la utilització de mesures farmacològiques.

3.2. Lliurament de baixes i altes mèdiques per part de la infermera

La regulació de la incapacitat temporal (continguda essencialment al RD 575/1997, del 18 d'abril –modificat per el RD 1117/1998, de 5 de juny- i l'Ordre del 19 de juny de 1997) circumscriu les declaracions de baixa i alta als efectes de percebre la prestació econòmica de la Seguretat Social per incapacitat temporal a decisions dels metges i les supedita als pertinents i preceptius reconeixements mèdics previs.



Aquest plantejament normatiu es desprèn amb absoluta claredat de l'article primer de l'esmentat Reial Decret, que es transcriu parcialment tot seguit, i amb el qual és absolutament coherent i coincident la resta de l'articulat:

1. La declaración de baja médica, a efectos de la prestación económica por incapacidad temporal, se formulará en el correspondiente parte médico de baja expedido por el médico del Servicio Público de Salud que haya efectuado el reconocimiento del trabajador afectado. El parte médico de baja es el acto que origina la iniciación de las actuaciones conducentes a la declaración o denegación del derecho al subsidio.
2. Todo parte médico de baja irá precedido de un reconocimiento médico del trabajador que permita la determinación objetiva de la incapacidad temporal para el trabajo habitual, a cuyo efecto el médico requerirá al trabajador los datos necesarios que contribuyan a precisar la patología objeto de diagnóstico (...)

En conseqüència, la pretensió de facilitar al pacient el tràmit administratiu de la baixa (i/o alta) laboral atribuint aquesta decisió a la infermera, pugna clarament amb aquestes previsions normatives, que en tot moment es refereixen a "partes médicos".

3.3. Triatge i valoració de pacients

La Llei d'Ordenació de les Professions Sanitàries atribueix als metges les funcions de direcció i avaluació del procés d'atenció integral de la salut i, concretament, les relatives a diagnòstic, tractament i terapèutica dels pacients.

En canvi, en definir les funcions dels infermers les defineix o relaciona directament amb els procediments de cures infermeres, però en cap moment considera que les infermeres hagin d'assumir de forma independent i completament autònoma la realització integral del procés diagnòstic d'un pacient, prescindint del criteri del metge.

En conseqüència, pot resultar de dubtosa legalitat que, tal com es pretén en aquesta proposta, que la infermera assumeixi el triatge i valoració de pacients que, a més, poden presentar una simptomatologia comuna (o inespecífica) a una pluralitat de malalties, algunes de les quals no són tan lleus com un simple refredat o una grip.

3.4. La cobertura de les assegurances que tenen subscrites les infermeres

Finalment, cal posar en relleu que, segons les assegurances per responsabilitat civil que subscriuen els infermers (i en general la de qualsevol professional), l'àmbit objectiu de cobertura només abasta aquelles actuacions que s'insereixin en l'àmbit de competències que legalment tenen encomanades.

Així les coses, i tenint en compte totes les consideracions anteriors, un protocol d'actuació del tipus del que constitueix l'objecte d'aquest informe pot tenir conseqüències molt perjudicials per



a les infermeres (en forma de possibles descoberts o d'increment de primes de les pòlisses d'assegurances), ja que haurien d'assumir tasques i responsabilitats que en el moment de concertar l'assegurança no tenien i que, fins i tot, ultrapassarien les previsions competencials de la professió en els aspectes comentats anteriorment.



4. Resum de les consideracions

- Qualsevol planificació o organització de la pràctica assistencial de la infermera haurà de tenir en compte aquests aspectes i acomplir els següents requisits:
 - a) Participació dels propis professionals en el seu disseny, que no pot ser aliè al pensament infermer ni obviar la capacitat d'autoregulació implícita en el professionalisme.
 - b) Centrar-se en l'àmbit competencial infermer tant en el que pertoca al rol autònom com al de col·laboració, la planificació ha de desenvolupar-se des de la perspectiva de l'aportació infermera en el procés d'atencions per la salut i abstenir-se d'envair àmbits competencials d'altres professionals o perseguir objectius que no pertocuen a la professió infermera.
 - c) Ajustar-se allò que determinen les normes legals.
- És la Llei la que ha de definir l'àmbit competencial de la professió infermera, i un cop efectuada aquesta delimitació legal les administracions públiques no estan en disposició d'alterar-lo unilateralment.
- Si bé la Llei d'Ordenació de les Professions Sanitàries ho contempla expressament, que la determinació de les competències concretes de cada professió sanitària no es pot fer d'una forma tancada o concreta, ja que hi ha espais competencials compartits interprofessionalment, a banda d'altres que sí són específics de cada professió, la pròpia Llei esmentada, remet aquest exercici dinàmic d'adequació de la distribució o repartiment de competències entre les distintes professions sanitàries a la celebració de pactes interprofessionals previs a qualsevol tipus de normativa que les acabi plasmant o concretant positivament.
- Així deriva de la regulació legal dels col·legis professionals, que davant la necessitat que es pactin acords entre les diferents professions sanitàries que tinguin àmbits competencials intercurrents, el protagonisme l'han d'assumir les organitzacions corporatives professionals que tenen la representativitat legal de cada professió, i aquesta correspon als col·legis professionals corresponents.
- És als col·legis professionals d'infermeria, per disposició legal, a qui correspon l'ordenació de l'exercici de la professió infermera i la funció de vetllar pel correcte exercici de la professió. L'Administració Sanitària –ni cap òrgan inserit en la mateixa –, té la potestat o la facultat d'alterar unilateralment l'àmbit competencial d'una professió sanitària, ni d'exigir als seus professionals l'assumpció de funcions o responsabilitats que legalment no tenen atribuïdes.



- Cal fugir de la utilització de denominacions, com a mínim confoses, com *col·lectiu d'infermeria* per referir-se a infermeres i infermers o d'altres fórmules, tant usades com incorrectes, com *professionals d'infermeria* pel que té de poc concreta. Encara molt menys l'estranya denominació de *persona d'infermeria* que inclou la publicació a la que fem referència. La recomanació del COIB és, a més a més, utilitzar la fórmula adoptada pel Consell Internacional d'Infermeres (CII) que utilitza la denominació *infermera* quan es refereix, de manera general, a professionals d'ambdós gèneres.
- Caldria revisar de manera general tot el que fa referència a qüestions metodològiques corresponents al que anomenem procés infermer o procés de cures, molt especialment pel que fa a la formulació diagnòstica. Sabem dels recursos que té l'ICS en infermeres d'expertesa i vàlua reconeguda tant en concepcions de cures, com en taxonomies, com en molts altres aspectes relacionats amb la metodologia infermera.
- *Gestió de l'agenda*: en el document es donen indicacions de com gestionar l'agenda als professionals. Aquestes indicacions han de quedar com a simples recomanacions, mai com un imperatiu i sempre sotmès al millor criteri assistencial de la infermera.
- *Atenció telefònica*: la realització d'un cribatge dissuasori via telefònica i d'aspectes relacionats amb la patologia mèdica ens porta a desaconsellar ferventment que aquesta pràctica la duguin a terme infermeres.
- *Personal de reforç*: pel que fa aquesta qüestió, des del COIB ens oferim per suggerir diferents propostes.
- *Vacunació*: s'ha de vigilar que l'afany vacunador no ens faci vulnerar normes i a més no oblidar tots els aspectes relacionats amb els drets dels usuaris (informació, consentiment, intimitat, etc.)
- *Aplicació del protocol*: la infermera està capacitada per atendre problemes de salut d'alta complexitat, tant del rol autònom com del de col·laboració, i té plena competència per fer-ho. Però si es preveu atorgar a la infermera la possibilitat d'accés, (suposem que vol dir prescripció) als tractaments mèdics, i d'indicar (suposem que vol dir autoritzar administrativament) al pacient períodes de descans, cal remarcar que això implicaria, en els dos casos, la modificació de les respectives normatives, doncs una Entitat Gestora de Serveis Sanitaris Públics no pot dictar cap disposició de cap tipus que no s'ajusti al que preveu la normativa vigent.
- *Prescripció de medicaments*: si l'Administració Sanitària del Sistema Públic de Salut desitja que la infermera desenvolupi la seva capacitat prescriptora, el que cal fer és modificar d'una vegada per totes les normatives legals que regulen la classificació dels



medicaments i el compliment de receptes, instituint el vademècum i receptes pròpies de la infermera.

- Incapacitat laboral: a risc de repetir-nos, cal insistir en el fet de que si es vol que ho faci una infermera, que pensem que està prou capacitada per decidir-ho, sobretot en l'àmbit del rol autònom, és més, que moltes vegades caldria indicar-ho per diagnòstics d'infermeria, no sols mèdics, el que cal és canviar les Lleis i ajustar-les a la realitat actual de l'assistència.
- Càrregues de treball: considerem que seria inadmissible demanar a les infermeres que deixessin de donar atenció integral, fer atenció domiciliària, o altres aspectes del rol autònom en lloc de preveure els suports i reforços de dotació d'infermeres que aquest Pla requereix.
- Caldria pensar en altres fórmules organitzatives aprofitant la dotació procedents del Pla Integrat i Urgències de Catalunya (PUIC) o d'altres relacionades amb formulacions organitzatives que, de ser d'interès de l'ICS, el COIB hi podria col·laborar.



5. Bibliografia

Alberdi R. ... *Y mañana qué?*. Metas de Enfermería. 1998 enero. (1):40-48.

Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. *Document de presa de posició del COIB a favor de la direcció autònoma dels serveis infermers* [En línia] 2004. <<http://www.coib.org/Noticies.aspx?idPagina=79&idMenu=79/ccuc>>. [Consulta:juliol 2005]

Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. *Document de presa de posició del COIB sobre la denominació del terme infermera* [En línia]. 2004. <<http://www.coib.org/Noticies.aspx?idPagina=79&idMenu=79/ccuc>>. [Consulta:juliol 2005]

Comissió per l'estudi de la creació de la figura infermera prescriptora, COIB. *Esborrany de l'informe per la creació de la figura de la infermera prescriptora*. Barcelona, 2005.

Fundació Víctor Grifols i Lucas. *La gestión del cuidado enfermero*. Barcelona Fundació Víctor Grifols i Lucas, 2005.

Intervencions al Fòrum Virtual: *Pla d'Hivern. Propostes de millora per al Pla d'Hivern 2005-2006*. Portal ICS de l'Institut Català de la Salut, dels del 15 de juny al 18 de juliol de 2005.

Kérouac S, "et al". *El pensamiento enfermero*. Barcelona, Masson , 1996.

Ley 2/74 de 13 de febrero de 1974 de Colegios Profesionales (BOE 15/2/74) modificada por Ley 74/78 de 26 de diciembre (BOE 11/01/79), por Ley 7/97 de 14 de abril (BOE 15/04/97) y por Real Decreto Ley 6/2000 (BOE 26/6/00)

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS)

Llei 13/1982, de 17 de desembre, de col·legis professionals (DOGC número 289, de 29 de desembre de 1982)

López J. *Propuesta para el desarrollo profesional (I)*. Enfermería Clínica. Mayo-Junio 2002. 10(3):114.

López J. *Propuesta para el desarrollo profesional (II)*. Enfermería Clínica. Julio-Agosto2002. 10(4):157.

Luis M. T. *De la Teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. 3a edición. Barcelona, Masson, 2005.

Luis M. T. *Los Diagnósticos enfermeros*. 3ª edición. Barcelona, Masson, 2004.

Orden de 23 de mayo de 1994 sobre modelos oficiales de receta médica para la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. B.O.E. núm. 129 de 31 de mayo de 1994.

Orden de 30 de abril de 1986 por la que se establecen los criterios generales de normalización de recetas médicas. B.O.E. núm. 106 de 3 de mayo de 1986 .

Real Decreto 1117/1998, de 5 de junio, por el que se modifica el RD 575/1997, en desarrollo del apartado 1, párrafo segundo, del art. 131 bis) de la Ley General de la Seguridad Social (BOE 18/6).

Real Decreto 1910/1984 de 24 de septiembre, de receta médica. B.O.E. núm.259 de 29 de octubre de 1994.

Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal. (BOE 24/4). Orden de 19 de junio de 1997.