

Posicionamiento de la Asociación Brasileña de Enfermería sobre la aprobación de la ley del ejercicio profesional de la medicina

Ivone Evangelista Cabral¹

¹ *Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,
Departamento de Enfermagem Materno Infantil. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.*

Presidente de la Asociación Brasileña de Enfermería, gestión 2010-2013. Brasília-DF, Brasil.

Tan pronto el Senado, en la noche del 18 de junio de 2013, aprobó el Proyecto de Ley N° 268/2000, conocida como el PL de Acto Médico, la Asociación Brasileña de Enfermería (ABEn) expresó su oposición a un conjunto de dispositivos de regulación que hizo acciones y procedimientos médicos privados que, en la actualidad, son compartidos por los diferentes miembros del equipo multidisciplinario en el Sistema Único de Salud (SUS). La entidad reconoce como legítimo el derecho de los médicos a la propia ley de la práctica profesional, similar a lo que ya ocurre con los profesionales de enfermería (Ley N° 7.498/1986).

Al ser el médico uno de los profesionales que integran el equipo multidisciplinario de atención de la salud, es indiscutible su importancia para el funcionamiento de los servicios de salud. Lo que se cuestiona son las diferentes visiones de cómo el cuidado de la salud de la población puede llegar a organizarse sobre la base de las normas de un modelo de atención que, en su aspecto nuclear, es exclusivamente centrado en el médico, y que cierra fuerte apelo corporativo. Aún, se considera que existe una sobreestimación de la jerarquía de los servicios, con mayor importancia para algunas actividades sobre las demás. La eficacia del Sistema Único de Salud (SUS) requiere trabajo en equipo multidisciplinario, capacidad de trabajar con la red de atención de la salud, teniendo en los dos aspectos uno lugar central. Discute-se sobre la imposibilidad de una única categoría profesional de SUS dar cuenta de la totalidad del ser humano, con sus demandas distintivas de atención de la salud en los diferentes ciclos de su vida. El diagnóstico nosológico, como algo privado de los médicos, no tiene en cuenta el todo de la construcción histórica del conocimiento científico sobre el proceso de salud y enfermedad como universal y no bajo la tutela de una categoría profesional. Al mismo tiempo, refuerza una dimensión única del concepto de enfermedad como perteneciente a los médicos, lo que implica inseguridad jurídica para los otros miembros del equipo multidisciplinario que dependerían del médico para iniciar sus intervenciones de cuidado en salud.

Hoy en día, la fuerte demanda del SUS para el cuidado de la salud se ha demostrado la incapacidad de hacer frente a los problemas de salud y enfermedad de la población brasileña. En un punto de vista amplio, se centra más en las necesidades y los determinantes sociales de la salud que en necesidad de intervenciones médicas y basadas en tratamiento hospitalario. En los últimos 25 años, desde la implementación del Sistema Único de Salud (SUS) en el país, el perfil epidemiológico cambiante de la población ha señalado, además del envejecimiento de la población, a las enfermedades transmisibles y el carácter crónico no transmisibles. Estos problemas han llevado a la necesidad de renegociar los modelos de atención orientados a hacer frente a las condiciones más crónicas en términos de atención primaria, centrado en una práctica multidisciplinaria y más horizontal.

La comprensión de que la enfermedad es una producción social proyecta el tratamiento más allá de la enfermedad y del paciente, siendo necesario incluir la familia, la vida social, la colectividad, entre otras. En una perspectiva más amplia, el diagnóstico es el resultado de un razonamiento clínico construido por diferentes profesionales de la salud cuyo conocimiento es adquirido durante el proceso de formación, y continuamente capacitados en la educación profesional y permanente, no algo de dominio exclusivo de una categoría profesional. Cada miembro del equipo multidisciplinario puede hacer diagnóstico de enfermedades y problemas de salud presentados por la persona en el ámbito de los conocimientos que posee, para, entonces, establecer intervenciones que respondan a las demandas de la persona que busca atención a su salud.

En oposición a estas nuevas tendencias fue aprobada la controversial ley de la práctica profesional de la medicina. Por su término, la ABEn, como miembro del Consejo Nacional de Salud (CNS), y por estar en la Coordinación del Comité Intersectorial de Recursos Humanos, ha desempeñado un importante rol articulador, en la preparación de los documentos que contribuyeron a la plenaria del Consejo Nacional de Salud que apruebe la recomendación a favor del veto parcial del proyecto de ley por la presidenta Dilma Rousseff. Como miembro del Foro Nacional de Entidades de Trabajadores de la Área de Salud (Fentas), la ABEn participó en las manifestaciones en las calles coreando el movimiento “veta Dilma el acto médico”.

Por lo tanto, el veto de la Presidenta Dilma Rousseff a disposiciones que tratan del nivel jerárquico de la asistencia sanitaria, del modelo de la atención la salud centrado en el médico, de la gestión de los servicios de salud y del diagnóstico nosológico y tratamiento terapéutico como privativo de los médicos, fue una decisión valiente y sabia. En nuestra análisis, ésta era la manera más prudente percibida por la Presidente, por la eficacia del trabajo en equipo, la asistencia ofertada en red poliárquica, dirigida por un modelo de atención centrado en la multidisciplinaridad con el fin de servir a los mejores intereses de los **usuarios del SUS**. El 11 de julio amaneció con la publicación en el Diario Oficial (DOU N° 132, Sección I, página 6) de la Ley N° 12.842, que regula la práctica de la medicina, con diez vetos entre secciones y párrafos.

Entre los vetos se destacan aquellos que pudieran interferir, directa o indirectamente, con la implementación de numerosos protocolos clínicos y programas ejecutados en los servicios públicos y privados, vinculados o no al SUS. En particular, en lo que se refiere al trabajo de los profesionales de enfermería, pero las enfermeras más específicamente, incluyendo: a) la formulación de diagnóstico nosológico y sus respectivos prescripción terapéutica b) la invasión de la epidermis y de la dermis con el uso de productos químicos o abrasivos; c) condicionan la realización de una serie de procedimientos solamente con prescripción de médicos, tales como la aplicación de inyecciones (subcutánea, intradérmica, intramuscular e intravenosa), cateterismos (faringe, tráquea, esófago, estómago, enteral, anal, vejiga) y perforaciones periféricas (venosa y arteriales), y d) el jefe de los servicios médicos. Las razones de los vetos, también publicado en D.O.U, se basan en evitar los riesgos al servir a la población en el SUS, es el carácter exclusivo (privado) inherente a un conjunto de acciones (el diagnóstico, la prescripción y la gestión) y los procedimientos, ya sea por impacto significativo en las unidades e en los servicios de salud públicos y privados, ya sea en las políticas de salud pública en curso en el contexto del SNS, como el Programa Nacional de Inmunizaciones que sucede en el entorno de las campañas y las salas o clínicas de vacunación.

ABEn reconoce que la presidenta Dilma Rousseff, al vetar aquellos dispositivos, defendió la Salud y el Sistema Único de Salud como una Políticas de Estado. El mantenimiento del veto por parte del Congreso es el siguiente frente de batalla. ABEn continúa como miembro del Movimiento Movilización Mantenh**AMO**veto por la preservación de un SUS público y multiprofesional.