

Ed. Agosto, 1975

Ver en: <https://www.iberlibro.com/>

9788433601087/Cambro-

-Soce-avis-sanitaria-Bases

8433601083/pep

VIII. LOS AYUDANTES TÉCNICOS SANITARIOS

T. Alvarez y C. Germán

FORMACION DE A. T. S.: NUEVAS PERSPECTIVAS.

La Ley General de Educación (agosto, 1970), en su párrafo 7.º, no llegó a definir claramente el marco adecuado para la formación de los Ayudantes Técnicos Sanitarios (Escuela Universitaria o Formación Profesional). El descontento general que tal ambigüedad hizo despertar ha sacudido profundamente a un sector habitualmente pasivo desde 1953, fecha de la unificación de los planes de estudio y de la aparición de A. T. S.

Sin embargo, los primeros conatos de protesta adolecían de poca claridad en los objetivos y en las vías de extensión, a escala nacional, del movimiento surgido. Las causas del retraso parecen claras: 1) muy diverso encuadramiento de las diferentes escuelas (Seguridad Social, Diputaciones, Sanidad, Cruz Roja, Entidades Privadas, Facultades de Medicina —las más activas); 2) alumnado mayoritariamente femenino, lo que implica un mayor grado de conformismo, dada la situación ideológica de la mujer española; 3) edades poco propicias —17 a 20 años— para la protesta entre las chicas, por lo menos hasta hoy; 4) la ineficacia de los colegios profesionales de A. T. S. masculino y femenino; 5) el tradicional alejamiento de la profesión respecto a los centros de decisión política de la Administración, cubiertos por médicos o burócratas, pero casi nunca por técnicos de grado medio.

Las Jornadas Nacionales de Enfermería (Barcelona, 1974, y Granada, 1975) y toda una serie de cursos y sesiones de revalorización del papel técnico y social del A. T. S. no han ido nunca al fondo de los problemas, y acaban pasando, sin pena ni gloria, al baúl de los recuerdos. Hemos tratado de abordar la cuestión partiendo de un material que nos parecía muy valioso: escritos de protesta al Ministerio de Educación; notas de prensa y artículos sobre conflictos en escuelas de A. T. S. (La Coruña, Zaragoza, etc.); discusiones con las estudiantes implicadas.

Los apartados que siguen recogen —o tratan de hacerlo al menos— las coordenadas por donde han de discurrir las futuras soluciones al caos que reina en la actualidad, sin pretensiones de exhaustividad.

Definición del nuevo campo del A. T. S.

El problema consiste en situar la formación de los A. T. S. en el marco de una medicina preventiva y rehabilitadora a gran escala, como la que proponen hoy los sectores sanitarios más progresistas e impone el desarrollo técnico y social.

Partimos del principio siguiente: la base principal de actuación de los A. T. S. debe ser el cuidado y promoción de la salud y cada vez menos la enfermedad. Ello no significa, en absoluto, que las enfermeras hayan de desaparecer de los hospitales, todo lo contrario. Resulta notorio el déficit de personal de grado medio que hoy padecen los ingresados en los centros. Significa que la atención materna e infantil, la higiene nutritiva y sexual, la planificación familiar en todos sus aspectos, la atención a los ancianos, a los enfermos crónicos o minusválidos sociales, etc., todas estas áreas, desconocidas para nuestros A. T. S. hoy, y donde su papel no es reemplazable, constituyen, a nuestro juicio, la base del desarrollo sanitario.

En el marco de la estrategia sanitaria que la O. M. S. recomienda a sus miembros, con la determinación realista de las prioridades sanitarias de cada país y el diseño de áreas de interés preferencial (salud mental, alcoholismo, erradicación de focos endémicos, programas a largo plazo sobre enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, reumatismo, accidentes, etc.), el campo de actividad se diversifica y amplía en proporciones insospechadas, mientras nuestras escuelas resultan incapaces, incluso, para orientar al futuro profesional sobre las relaciones que habrá de mantener con otros estamentos hospitalarios, más allá de la sumisión cuasi religiosa a la mítica y mitificada figura del «médico infalible». Desde ahora mismo los estudiantes y profesionales deben pugnar por salir de este *ghetto*, históricamente configurado alrededor nuestro con el deliberado propósito de adormecernos para que adormeciéramos al «hombre que sufre». La participación en las acciones reivindicativas y de protesta, por un lado, y en la preparación de seminarios, mesas redondas, conferencias, conjuntamente con otros profesionales del equipo sanitario o miembros de asociaciones ciudadanas, por otro, puede ser la vía práctica, real, de ir configurando ese nuevo papel que nos va a corresponder en el futuro.

Reestructuración del plan de estudios

Hoy por hoy, finalizada la carrera, existen varias opciones: trabajar en un centro hospitalario, consultorio privado o de empresa, en un ministerio, etc. En cualquier caso se realizan tareas mecánicas, con escaso margen a la creatividad científica y al perfeccionamiento profesional. El plan de estudios vigente tiende a perpetuar esa situación, por cuanto es producto suyo. Los dos Consejos Generales de Colegios de A. T. S. (masculino y femenino) han presentado sendos planes de estudios a la vista de las

ambigüedades de la Ley de Educación. Ambos coinciden en dotar a la formación de A. T. S. de rango universitario, pero carecen de planteamientos concretos a la hora de reestructurar la carrera. Por otro lado, ni han unificado criterios ni han tomado en consideración las opiniones de los 80.000 profesionales y los varios miles de estudiantes.

El Colegio de A. T. S. masculino perfila un *graduado medio*, a mitad de camino en la formación del médico, al que competirían algunos campos específicos (sanidad rural, urgencias de barriada, etc.) y algunas especialidades concretas (urología, auxiliares técnicos, etc.). No analiza el resto de las especialidades y no define el papel hospitalario. No plantea el problema global de las relaciones sociales, del rol, en definitiva, del profesional.

El Colegio de A. T. S. femenino plantea la formación de una *enfermera* básica, con tres años de aprendizaje, dos años de especialización posteriores y creación de especialidades nuevas, como Cuidados Intensivos, Salud Pública, etc. Otros dos años más darían pie a la licenciatura de enfermería, con lo que se accedería al grado docente, y otros dos años de doctorado serían precisos para acceder a la dirección de escuelas, dirección de enfermería hospitalaria, etc.

El Ministerio, de momento, calla. El INP, aprovechando estas indecisiones y silencios, ha lanzado una campaña argumentando que le interesa formar aceleradamente los A. T. S. que necesita por una vía significativa: la formación profesional (dos años, tras el segundo ciclo, o bien otras fórmulas, incluso más breves). Si el trato actual ya es malo (coeficiente 1,9), imaginemos el que recibirían los llegados por esta vía.

En la actualidad existen algunas especialidades bien definidas. Las matronas tienen un campo nítido y su alejamiento social del conjunto de los A. T. S. es cada vez mayor. Los fisioterapeutas, quienes en las conclusiones de

las Jornadas de Barcelona solicitaban dos años más (cinco en total) de especialización, se encuentran asimismo muy diferenciados. Algo menos claras, sobre el papel, son las especialidades de Psiquiatría y Pediatría, que no están reconocidas por el Ministerio de Trabajo y no perciben sueldos de especialistas. En general, a estos especialistas de poco les sirve el haber cursado la carrera de A. T. S. tal y como se enseña. Con un plan que data de hace más de veinte años (4-XII-1953), con textos desfasados (donde los hay), sin técnicas pedagógicas modernas a su alcance, sin orientación sobre esas especialidades, al comenzar la especialidad se encuentran como si partieran de cero.

El criterio del Colegio de enfermeras parece excesivo. Quizás fuese suficiente con uno o dos años de materias comunes y otros dos años de especialidad. Incluso se podrían formar, de entrada, especialistas en tres años.

El profesorado de A. T. S. no debe excluir, *a priori*, otros profesionales (psicólogos, médicos, técnicos, etc.).

La reestructuración del plan habría que hacerla tomando como base el siguiente esquema de la O. M. S.

1. *Medicina preventiva*: Higiene familiar (higiene de la población), salud mental, higiene social y medio ambiente, seguridad en el trabajo, accidentes de tráfico, enfermedades profesionales.
2. *Medicina curativa*: Especialidades hospitalarias.
3. *Medicina rehabilitadora*: Reinserción social del enfermo mental, traumatología, enfermedades crónicas, geriatría.

Si abordásemos estos frentes, nacerían nuevas ramas de la profesión:

- Salud pública (higiene materno-infantil, mental, etcétera).
- Geriatría.

Dr.

- Cuidados intensivos.
- Asistencia en las empresas.
- Asistencia en carretera.
- Higiene y epidemiología.

En cuanto al programa de estudios, existen ya algunos centros más avanzados que incluyen materias no contempladas en los programas oficiales. Hemos propuesto un esquema basándonos en ellos y siguiendo el criterio de formación de especialidades:

A) *Materias comunes*: psicología aplicada, organización hospitalaria, ética y legislación, nociones de estadística, sociología, biofísica y bioquímica aplicadas, idioma. Conocimiento del material, manejo y esterilización. Organización hospitalaria y de la vida del enfermo.

Se trata de eliminar tópicos al estilo de la «enfermera gentil y caritativa» y conjugar la enseñanza teórica con la práctica, sobre todo en instrumental.

B) *Materias específicas*: Con respecto al plan vigente habría que descompensar la enseñanza, por una parte, hacia la patología y no hacia la fisiología y anatomía como en la actualidad, y hacia la farmacología aplicada y las actividades de urgencia, por otra.

C) *Prácticas*: ¿Qué es lo más urgente en este aspecto? Superar las prácticas meramente hospitalarias y extenderlas al conocimiento de la actividad en colegios, centros geriátricos, empresas, asistencia en carretera, playas, etcétera. El horario habrá de adaptarse a la formación del alumno más que a las necesidades de la distribución de turnos, a fin de evitar lo que ocurre ahora: el uso descarrado, como mano de obra gratuita, que se hace de las estudiantes de A. T. S., lo que viene a reducir, por otro lado, las posibilidades de empleo de los profesionales.

Rango universitario

La difusión de un nuevo concepto de la salud ha variado el campo de acción de los diversos estamentos sanitarios, sus relaciones mutuas y con el conjunto de la población. Los A. T. S. están presentes —o tienden a estarlo— las veinticuatro horas del día en los hospitales, acuden a los domicilios, son más fácilmente abordables por el enfermo o se relacionan más sencillamente con las personas que precisan indicaciones prácticas... Su función es, por tanto, trascendental.

Por otra parte, la legislación precisa como requisitos para matricularse en una escuela tener diecisiete años cumplidos y bachillerato elemental (además de la presentación de un aval moral firmado por dos personas de «reconocida solvencia», que acredite domicilio). El 90 por 100 o más del alumnado entra con el bachillerato superior, pues cronológicamente se ajusta a la edad de entrada y, de hecho, concuerda con el nivel cultural medio exigido. Todo esto ha sido la base argumental de la reivindicación del rango universitario para las escuelas de A. T. S. y explica la feroz oposición del alumnado y los colegios a la idea de la formación profesional, cuya posibilidad resulta tenebrosa.

El informe al Gobierno elaborado por la Comisión Interministerial para la reforma sanitaria señala, de forma muy general, la caótica situación de la enseñanza y la necesidad de transformarla. Prevé la coeducación, la elevación de las condiciones de titulación para acceder al ingreso en las escuelas, elevar la calidad de la enseñanza... No especifica claramente el tipo de escuela que prevé; dice tan sólo: «... incluyendo estudios a nivel de Escuela Universitaria». La indeterminación, en este controvertido punto, subsiste. Además, el Informe carece

Dei

de unas cifras mínimamente orientativas acerca de la estructura de la profesión, de ideas sobre campos de actuación prioritarios y no diseñó medida alguna para evitar, o paliar al menos, el abandono masivo de la actividad profesional al cabo de unos años, que hoy se produce como consecuencia del matrimonio. Las condiciones sociales en que las mujeres trabajamos, incluso allí donde tradicionalmente lo hemos venido haciendo, en los hospitales, frenan por sí solas una parte importante de posibles reentradas que de otro modo (con turnos más accesibles, reciclajes y guarderías en condiciones¹, por ejemplo) se producirían, sobre todo, pasados los treinta años.

En resumen, se trata de dotar las universidades del Estado (tengan o no Facultades de Medicina) de escuelas con dirección, estatutos y edificio propios, arbitrando la participación de profesores y alumnos en los órganos de Gobierno de forma democrática. Ello conllevaría, por una parte, horarios compatibles con las prácticas (que ocuparían más de la mitad del tiempo de aprendizaje), y por otra, la urgente formación de cuadros docentes especializados, como señalábamos antes.

Formación de un colegio único

A pesar de la unificación de estudios de 1953 han pervivido dos secciones colegiales idénticas a las anteriores a la ley de unificación, con colegiación obligatoria de los A. T. S. masculinos en el Colegio de Practicantes y de los A. T. S. femeninos en el de enfermeras, junto con matronas.

Ambos colegios han empleado estos veintidós años para engrosar una lista inacabable de reproches y no dar un solo paso serio hacia la unificación.

Desde luego que la discriminación por sexos ha sido —y es todavía— una ideología imperante a nivel oficial

(así, el Ministerio de Educación convalida el título de practicante por el de A. T. S. desde 1966, pero no el de enfermera), pero se ha visto reforzada y sostenida por una burocracia colegial de estirpe cuasi-feudal e ideología archirreaccionaria y unos estatutos donde, entre otras lindezas, se contempla que si no votan el 60 por 100 de los colegiados, el nombramiento se realiza «a dedo».

Si otros colegios profesionales han ido cambiando su tradicional conformismo hacia posturas críticas o decididamente democráticas, en los Colegios de Enfermeras y A. T. S. masculinos no se perciben aún tales cambios y poco más que tenues indicios en alguna provincia.

Pero la necesidad de un órgano democrático, unitario, independiente de la Administración, reivindicativo y de carácter voluntario que vele por los intereses económicos y profesionales de estas capas se hace evidente, cada vez con más fuerza.

Participación estudiantil

El tema de los precios de matrícula y gastos diversos que han de costear los alumnos; el caos de los planes de estudio vigentes; el régimen disciplinario —en ocasiones cuasi monacal— de las escuelas; el problema de las salidas posteriores: éstos son aspectos que, habiendo sido conflictivos en varias ocasiones, reclaman la participación democrática estudiantil mediante la elección de sus representantes a escala de centro, distrito y a nivel nacional. El ejemplo de las reuniones generales de los estudiantes de Medicina durante el curso 74-75 ha sido aleccionador. Las dificultades son mayores por tratarse de mujeres en su inmensa mayoría, por la escasa duración de los estudios y por la amenaza de expulsión casi inmediata que las direcciones de los centros (la mayoría privados, sobre todo de órdenes religiosas) han colocado

sobre cada aspirante a la hora del ingreso. La inversión realizada y el supuesto *status* a conseguir complican a las familias en esa actitud.

Como refuerzo a todo lo anterior, textualmente reproducimos las propuestas presentadas por un grupo de estudiantes sevillanos en las Primeras Jornadas Sanitarias de Sevilla y que coinciden sustancialmente con las tesis defendidas en este trabajo:

«Propuestas

Consideramos necesario una reestructuración de la carrera de A. T. S. con los siguientes requisitos:

A) Un nuevo plan de estudios y programas adecuados a las necesidades sanitarias actuales.

— Unificación de dicho plan de estudios para todas las escuelas del país, sin menoscabo de la autonomía de cada una de ellas, de acuerdo con las peculiaridades y las necesidades sanitarias de la región en que estén enclavadas.

— A corto plazo y en espera de este plan de estudios a escala nacional, con participación representativa de todos los sectores afectados, creemos imprescindible un plan de estudios provisional que mejore la actual deficiencia en la formación del A. T. S.

— El acceso a las escuelas se haría con el único requisito de poseer el Bachillerato Superior o estudios equiparables al mismo, dándosele, por tanto, la correspondiente titulación superior.

— Una vez terminados los estudios, el A. T. S. debería tener acceso a la carrera de Medicina.

B) Mayor dotación de medios, tanto cualitativa como cuantitativamente, lo que significa la formación urgente

de un profesorado específico, número de escuelas suficientes, auténticas clases prácticas a través de monitores especializados, etc.

C) Entrada en vigor de la orden del 31 de diciembre de 1971 con inclusión de un régimen de vacaciones igual al resto de los estudiantes del país.

D) Participación del estudiantado, tanto en la elaboración de los nuevos planes de estudios como en las tareas de gobierno de la escuela. Para que esta participación sea representativa es imprescindible el reconocimiento de los derechos de los estudiantes a asociarse y a expresarse, al planteamiento y análisis de sus problemas en un clima libre, de respeto y diálogo, que hagan posible la gestión democrática de la escuela.»

En definitiva, la creación de secciones colegiales autónomas que, formadas por estudiantes, abordasen estas cuestiones supondría un paso adelante que ha comenzado a darse en algunos puntos.

NOTAS

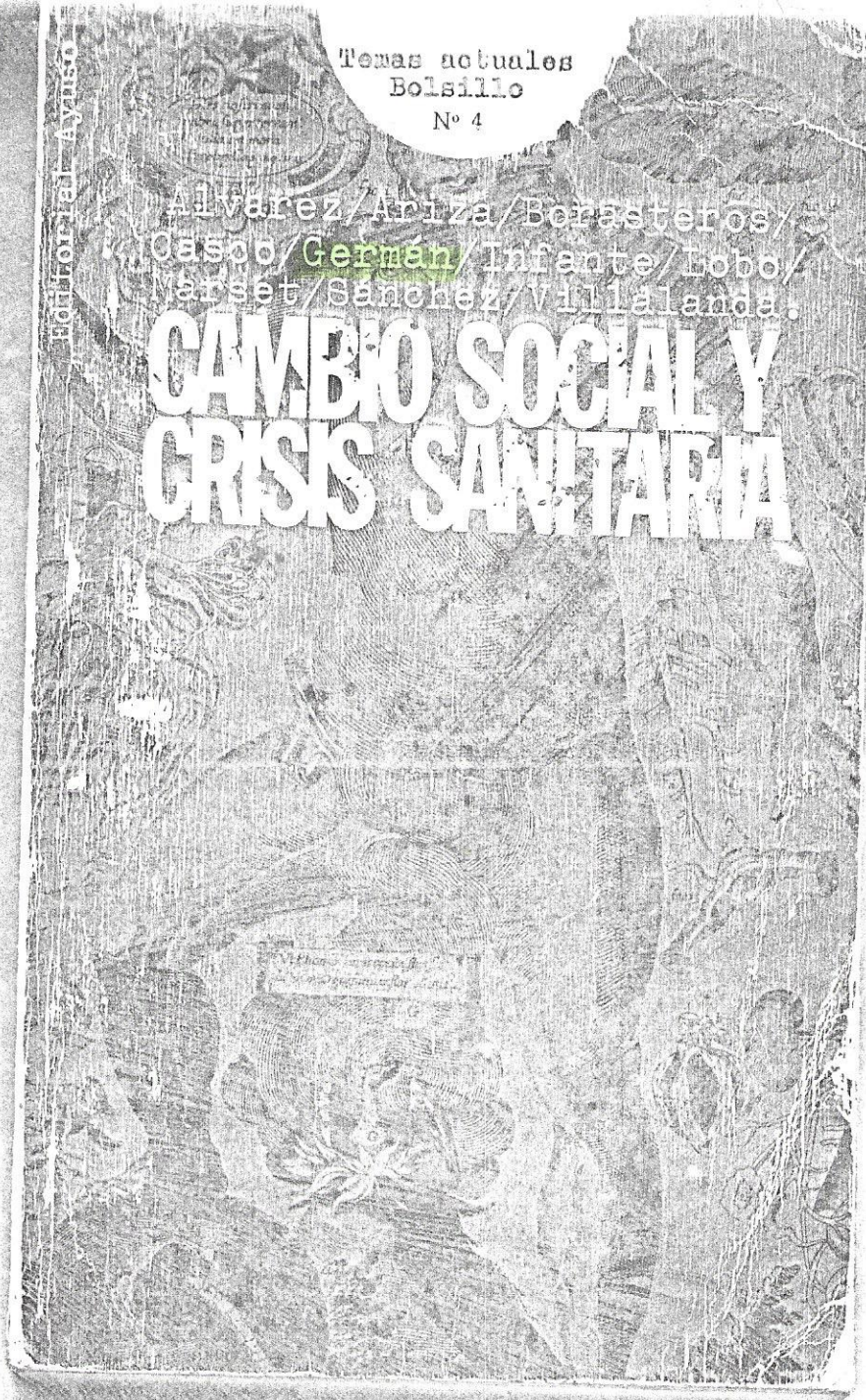
¹ De los centros hospitalarios de Madrid tan sólo dispone de guardería (y en condiciones deficientes) el Hospital Clínico, si bien existen proyectos, más o menos avanzados en otros hospitales, producto de los conflictos que su ausencia suscita.

Temas actuales
Bolsillo
Nº 4

Editorial Ayuso

Alvarez/Ariza/Berasteros/
Caso/Germán/Infante/Lobo/
Masset/Sánchez/Villalanda.

CAMBIO SOCIAL Y CRISIS SANITARIA



Qse.