

LA FORMACIÓN EN EL Sistema Sanitario Público de Andalucía I

Un análisis sociológico cualitativo

RAFAEL SERRANO DEL ROSAL
JOSE A. CERRILLO VIDAL

LA FORMACIÓN EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA I

Un análisis sociológico cualitativo

Estudio realizado en el marco del Convenio de Colaboración entre la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y el Consejo Superior de Investigaciones Científicas para la realización de un estudio por el Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía sobre la satisfacción y las expectativas de los profesionales sanitarios en formación en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Coordinación Institucional:

*Carmen Cortes Martínez
Teresa Campos García*

**Rafael Serrano del Rosal
José A. Cerrillo Vidal**

**Lourdes Biedma Velázquez
Irene López Navarro
Ángel Ramírez Troyano**

La FORMACIÓN en el Sistema Sanitario Público de Andalucía : un análisis sociológico cualitativo / Rafael Serrano del Rosal ... [et al.]. -- [Sevilla] : Consejería de Salud, [2009]

v. : gráf., tablas ; 21 x 21 cm

volumen 1

1. Educación Profesional 2. Sistemas de salud 3. Andalucía I. Serrano del Rosal , Rafael II. Andalucía. Consejería de Salud WA 18

EDITA: Junta de Andalucía. Consejería de Salud

ISBN: 978-84-692-4755-6

DEPÓSITO LEGAL: SE 4045-2009

DISEÑO: Controla Comunicación S. C.

IMPRIME: LINCE Artes Gráficas

ÍNDICE_

PRESENTACIÓN	9
INTRODUCCIÓN	11
PRIMERA PARTE_	
RESIDENTES	15
1. Introducción	16
2. La nueva y diversa conciencia de los residentes	21
3. Las carencias percibidas en la formación universitaria	26
4. Un sistema en transición	30
5. La doble naturaleza de la residencia	47
6. Otros problemas de la formación residencial	60
7. Conclusiones	64
SEGUNDA PARTE_	
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS	69
1. Introducción	70
2. Las profesiones sanitarias	74
3. Los estudiantes de carreras universitarias	80
4. Evaluación de la formación universitaria	98
5. Papel de las prácticas de la formación universitaria	102
6. Evaluación de las prácticas	105
7. Conclusiones	135
TERCERA PARTE_	
TÉCNICOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL	143
1. Introducción	144
2. Los ciclos de la formación profesional de familia sanitaria en Andalucía	151
3. Posición de los ciclos sanitarios de FP dentro del sector	166
4. Evaluación de la formación de ciclo	179
5. Evaluación de las prácticas	186
6. La perspectiva de la representación corporativa	201
7. Conclusiones	210
CONCLUSIONES GENERALES	217
BIBLIOGRAFÍA	222

PRESENTACIÓN_

Con la intención de realizar un análisis de situación sobre la satisfacción y expectativas de los alumnos de grado de las titulaciones sanitarias y los especialistas en ciencias de la salud en formación que desarrollan parcial o totalmente su proceso formativo en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, la Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento de la Consejería de Salud se puso en contacto con el Instituto de Estudios Sociales Avanzado.

Tras los encuentros realizados el día 4 de diciembre de 2007 se suscribió un acuerdo de colaboración para la realización de un estudio de investigación entre ambas partes.

Los resultados de este estudio han sido materia fundamental para ajustar las actuaciones del Plan Estratégico de Formación Integral del Sistema Sanitario Público de Andalucía que, entre sus objetivos, incorpora la utilización de una metodología basada en el que aprende.

El estudio se ha basado en una metodología de tipo cualitativo. Utilizando como técnica de información los grupos de discusión y las entrevistas.

Con la elaboración de este estudio, el IESA cumple uno de los objetivos que se trazó desde su creación como centro mixto CSIC Junta de Andalucía en 1995: contribuir a un mejor conocimiento de la sociedad andaluza mediante estudios de calidad científica. De este modo, el IESA ofrece información rigurosa a los responsables políticos para orientar sus actuaciones en la gestión de los asuntos de Andalucía.

Para la Consejería de Salud este estudio supone la expresión de su firme decisión de avanzar en un aspecto extraordinariamente importante para la mejora continua y la sostenibilidad del sistema sanitario a través de la mejor formación posible de sus futuros profesionales.

INTRODUCCIÓN_

Durante el año 2008, y en el marco de un convenio de colaboración con la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, el Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA-CSIC) ha elaborado un amplio estudio acerca de los profesionales sanitarios en formación en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Una investigación como esta, de carácter pionero en España, se encuentra plenamente justificada en un contexto de importantes cambios en los dos sistemas de bienestar -el educativo y el sanitario- implicados en la formación de los profesionales sanitarios. El sistema educativo se enfrenta a un doble reto: por un lado, la adaptación de la universidad española -y en particular, la andaluza- al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), el popularmente conocido como “Plan Bolonia”; por otro, la aplicación de las reformas previstas en Ley Orgánica de Educación (LOE) del año 2006, que afecta principalmente a la Educación Primaria y Secundaria, incluyendo dentro de esta última la Formación Profesional.

En cuanto al sistema sanitario, el SSPA viene experimentando una profunda transformación en los últimos años, transformación que corre paralela a la del propio concepto de salud. Durante mucho tiempo se entendió la salud como ausencia de enfermedad, un fenómeno estrictamente biológico y fisiológico cuyo tratamiento competía exclusivamente a los profesionales sanitarios, en especial a los médicos. En la actualidad esta concepción estrecha de la salud ha sido superada. La salud es entonces un estado complejo que depende de una gran cantidad de factores: la alimentación, la educación, el estado mental, el modo de vida, el entorno, la cultura, la higiene, etc. Depende, en resumen, sobre todo de la organización social. Dado que la sociedad es la responsable de su propia salud, el SSPA pasa a reconocer esta primacía y sitúa a la ciudadanía como su centro, como la protagonista de su gestión. Esto trae consecuencias de hondo calado: los profesionales dejan de ser el núcleo del sistema, siendo desplazados de este lugar de privilegio por los ciudadanos; la nueva condición activa de éstos obliga a no considerarlos ya como pacientes, sino como usuarios; la prevención, la educación sanitaria y la participación ciudadana pasan a ser consideradas tan centrales para la salud como la curación y el uso de la tecnología más avanzada; la atención primaria es vista ahora como un recurso tan importante como la hospitalaria. En resumidas cuentas, una nueva cultura sanitaria que implica un verdadero giro de ciento ochenta grados para todo sistema sanitario que la asuma, como es el caso del SSPA.

Teniendo todo esto en cuenta, la pertinencia de un estudio que tuviese por objeto la formación de los profesionales sanitarios se encuentra plenamente justificada. La investigación se realizó en tres fases autónomas (internos residentes, licenciados y diplomados universitarios, técnicos de formación profesional), que dieron lugar a sendos informes. Dada la novedad de un estudio de estas características, el nivel de detalle que se aspiraba alcanzar y la diversidad de posiciones de partida, se juzgó que la metodología cualitativa era la más apropiada para cumplir satisfactoriamente los objetivos de la investigación. En las ciencias sociales, la metodología cualitativa persigue obtener un conocimiento significativo, esto es, detallado y profundo, del objeto de estudio. Para ello opta por dar la palabra a los agentes sociales, para que expresen con sus propios códigos y desde sus puntos de vista como viven la situación que se va a estudiar. Al hacerlo sacrifica representatividad para ganar en precisión, pues el tipo de información que proporciona la metodología cualitativa obliga a limitar drásticamente el tamaño de la muestra. En contraste, la metodología cuantitativa provee de información estadísticamente fiable, pero reduce la opinión de los agentes a unas pocas opciones previamente diseñadas por el equipo investigador. Ambas metodologías son igualmente válidas para la investigación social y a menudo complementarias (Alonso, 1998; Ibáñez, 1986b). El uso de una u otra dependerá de los objetivos del estudio, siendo la metodología cualitativa la que mejor se ajustaba a los de la presente investigación.

Del repertorio de técnicas disponibles, se escogieron las dos que se consideraron más adecuadas para satisfacer los objetivos del estudio: la entrevista abierta y el grupo de discusión. El grupo de discusión es una técnica ampliamente utilizada en numerosos estudios sociales, especialmente en estudios de mercado y opinión pública. El grupo de discusión es una técnica de investigación en la que se organiza una reunión a la que se invita a participar a varios sujetos (aproximadamente entre cinco y nueve) que no se conocen entre sí, que comparten al menos una característica social, cuya opinión y representaciones culturales sobre el tema estudiado nos interesa conocer. El objetivo es que el grupo discuta libremente sobre el tema propuesto, dirigidos por un moderador (habitualmente el investigador) que apenas interviene en el debate, salvo para garantizar que se desarrolle ordenadamente y, ocasionalmente, para

preguntar al grupo sobre cuestiones que resulten especialmente relevantes para la investigación. Al final el grupo habrá llegado a uno o varios consensos que tomamos como el discurso representativo de ese colectivo sobre el tema discutido (Alonso, 1998: 93-129; Callejo, 2001; Canales y Peinado, 1995; Ibáñez, 1979 y 1986a).

Por su parte, la entrevista abierta es una técnica en la que se establece un diálogo entre un investigador y un sujeto cuya opinión es relevante para el estudio, merced a la relación privilegiada que el entrevistado mantiene con la realidad social investigada. En nuestra investigación se ha empleado la técnica de la entrevista con dos finalidades distintas. Predominantemente sirvió para ampliar y matizar las opiniones vertidas en los grupos de discusión, especialmente en casos de carreras o ciclos minoritarios o que hubiesen quedado fuera de los grupos. De manera más puntual se utilizó la entrevista con fines exploratorios, es decir, como forma de tomar contacto con el campo, con el objetivo de obtener un primer esbozo del objeto de estudio que nos facilitase la labor de diseño del grueso de la investigación. Los fundamentos de esta técnica pueden consultarse en Alonso (1995), Ortí (1990) y Vallés (2002).

En total, sumando el trabajo de campo realizado para las tres fases del estudio, se han llevado a cabo un total de 16 grupos de discusión y 33 entrevistas abiertas a alumnos y residentes procedentes del conjunto del territorio andaluz. Una muestra suficientemente amplia como para trazar un mapa razonablemente fiable de los discursos circulantes en el campo de los profesionales sanitarios en formación en Andalucía, salvo por alguna excepción puntual (en especial algunos aspectos sobre los técnicos de formación profesional, como se comentó en el documento dedicado a este colectivo). En las introducciones de cada una de las fases del estudio se justifican ampliamente las decisiones referentes al diseño y la metodología de cada periodo de la investigación.

A continuación se presentan los resultados del conjunto del estudio, organizados en torno a los tres grupos de profesionales sanitarios en formación: internos residentes, estudiantes universitarios y técnicos de formación profesional. Cada uno de los tres colectivos dio lugar a un informe de investigación, los cuales han servido como base al texto que aquí se presenta. Precisamente porque se concibieron como informes autónomos y no como un texto unitario, el lector percibirá faltas de continuidad, cierta repetición de elementos y una estructura quizá poco cohesionada, por los cuales los autores piden disculpas de antemano. Sin embargo, hemos preferido publicar las tres partes tal y como en su día fueron escritas, (incluyendo tan solo ligeras correcciones) en lugar de rehacerlas en un texto más coherente, con el objetivo de que el lector aprecie como se fue desarrollando la investigación. De este modo se preserva otra de las grandes virtudes de la metodología cualitativa: la capacidad de modificar los diseños, los argumentos y las preguntas de investigación según los sujetos entrevistados abren nuevas vías, descubren nuevas claves, amplían la perspectiva de los propios investigadores. El mundo social es una fuente continua de sorpresas e incógnitas, de puertas que conducen a otras puertas, de laberintos y pasillos intrincados, a cuya riqueza no puede hacer justicia ni el más brillante de los estudios. Pero al menos podemos tratar de hacer partícipe al lector del proceso vivo que es una investigación social, para que sea testigo de excepción de cómo cambia y crece, de cómo se enriquece la perspectiva del investigador a medida que profundiza en su objeto de estudio. Por esta misma razón hemos optado por presentar los resultados de las tres fases en el mismo orden que fueron escritos, en lugar de ordenarlos atendiendo a otros criterios igualmente válidos, como pudiera ser el grado de formación. Hecha esta advertencia previa, esperamos que el lector sea comprensivo con los problemas que este proceder pueda producir en la lectura del texto, por los que nos disculpamos una vez más.

PRIMERA PARTE_
RESIDENTES

1. INTRODUCCIÓN

La residencia es el grado más alto de formación que puede alcanzar un profesional sanitario, a la que se accede tras superar un duro examen de ingreso. Se trata de un sistema de formación práctica de cuatro años de duración basado en el trabajo directo en centros del SSPA, lo que comporta, al contrario que el resto de modelos formativos de los profesionales sanitarios, una compensación económica en forma de salario. En teoría, al ser todavía un periodo educativo, la residencia contempla una asunción progresiva de responsabilidades por parte del interno, así como la liberación de parte de la jornada laboral para ser dedicada a labores formativas y de investigación, asistencia a cursos de especialización y congresos, etc. Del mismo modo, cada interno tiene asignado un tutor responsable de orientar y supervisar el correcto desarrollo de la formación residencial.

A través de la residencia se persigue que el futuro profesional sanitario adquiera la competencia necesaria para el desempeño de su futuro puesto de trabajo en el SSPA. Es decir, no sólo que sepa aplicar adecuadamente su base de conocimiento teórico aprendido durante la carrera, sino que conozca en profundidad tanto su propio oficio como el SSPA (su funcionamiento interno, su realidad cotidiana, las demandas habituales de los pacientes, la dinámica del trabajo en equipo, etc.). Una formación en la que la actitud y la destreza son tan importantes como el conocimiento. A tal fin, en la residencia se contempla la participación directa en el trabajo cotidiano del SSPA como el aprendizaje más importante para el interno, sin menoscabo de la utilización de otras fórmulas como la tutoría y los cursos de especialización. Cabe destacar en este sentido las rotaciones, por las cuales cada interno pasa obligatoriamente por un número determinado de servicios del SSPA relacionados con su especialidad.

Las titulaciones sanitarias con un sistema de formación residencial son las siguientes:

- Medicina (MIR)
- Enfermería (EIR)
- Psicología (PIR)
- Farmacia (FIR)
- Química (QIR)
- Física (FIR)
- Biología y bioquímica (BIR)

La residencia es voluntaria aunque es casi obligatoria para los médicos, que en la práctica son la inmensa mayoría de los residentes, habida cuenta que la práctica totalidad de los licenciados en medicina opta a un empleo en el SSPA. Buena parte de los enfermeros también optan la formación residencial. Las demás titulaciones aportan un número mucho menor de internos.

Teniendo todo lo anterior en cuenta, los objetivos del estudio fueron los siguientes:

1. Conocer la cultura sanitaria de los residentes, esto es, la forma en la que entienden la prestación sanitaria y en consecuencia el desarrollo de las funciones de su profesión en la misma.
2. Estudiar en qué medida se ajusta la formación recibida en la universidad a las necesidades del SSPA, las fortalezas y debilidades de la misma y las posibles mejoras que pudiesen ponerse en práctica para facilitar el tránsito de la formación universitaria a la residencial.
3. Reconstruir, a partir de la perspectiva de los residentes, el proceso de formación práctica que reciben sus cuatro años como internos, comprobando si responden realmente a las demandas del SSPA.
4. Evaluar en qué medida y manera está preparado el SSPA para formar al residente, tanto por la competencia de los tutores y adjuntos como por los recursos materiales necesarios para cumplir esta función.
5. Registrar las expectativas de los residentes con su formación, el grado de satisfacción con la misma y sus propuestas para mejorar el proceso. Indagar si sus perspectivas van evolucionando a lo largo de los cuatro años de formación residencial, así como el modo y la intensidad en que lo hacen.

Asimismo, hemos procurado atender a las cuatro características que consideramos podrían tener un mayor peso en la definición de distintas posiciones y perspectivas de los futuros profesionales del SSPA:

A. Estudios: los distintos estudios cursados definen culturas diferentes y diversas trayectorias profesionales posibles que sin duda pueden tener un efecto decisivo en la consolidación de perspectivas diferenciadas entre los residentes.

B. Especialidad: aparte de las carreras de procedencia, el campo específico en el que cada residente se ha especializado pueden conllevar el desarrollo de visiones muy variadas acerca del SSPA en general y de la formación recibida en particular, algo que parece especialmente cierto para los MIR.

C. Momento de la formación: además de aprender las destrezas necesarias para el ejercicio de su profesión, los internos cambian sus opiniones y expectativas a largo del periodo residencial, como iremos viendo a lo largo del texto.

D. Localización: veremos como las perspectivas de los residentes varían en función del lugar donde hayan recibido la formación residencial, si bien comprobaremos que estos cambios no responden tanto a los diferentes hábitats geográficos como a las características de los servicios sanitarios asociados a los mismos, especialmente al tamaño y los recursos de los hospitales.

En coherencia con los objetivos planteados y el marco general de la investigación, se emplearon las técnicas de la entrevista abierta y el grupo de discusión como las más oportunas para abordar el objeto de estudio. Los resultados se fundamentan sobre todo en esta segunda técnica de investigación. Sin embargo, antes del diseño y la realización de los grupos de discusión de internos residentes llevamos a cabo una breve exploración previa del campo a estudiar, a fin de obtener una visión más amplia del mismo y disponer de una mayor cantidad de información con la que orientar la siguiente fase del estudio y contrastar los resultados de los grupos. Con este objetivo realizamos una serie de entrevistas abiertas a agentes clave, representativos de colectivos implicados en la formación de los residentes y cuya opinión puede arrojar luz acerca de la misma. La relación de entrevistas exploratorias se detalla a continuación en la tabla 1.

INSTITUCIÓN	CARGO	LUGAR	FECHA	DURACIÓN APROXIMADA
Facultad de medicina-UCO	Decano	Córdoba	19/11/07	54 minutos
Hospital Virgen de las Nieves	Jefe de Formación	Granada	14/12/07	38 minutos
Asociación de estudiantes de medicina Ramón y Cajal	Presidenta	Granada	14/12/07	44 minutos
Secretaría de Desarrollo Profesional y Formación- Consejería de Sanidad	Jefa de Servicio	Sevilla	17/12/07	39 minutos
Colegio Andaluz de Médicos	Vocal de médicos postgraduados y en formación	Sevilla	17/12/07	45 minutos

Tabla 1: Relación de entrevistas exploratorias

GRUPO	DISEÑO	LUGAR	FECHA DE REALIZACIÓN	DURACIÓN APROXIMADA
1	MIR a comienzos de su formación, procedentes de las provincias de Huelva, Sevilla, Córdoba y Cádiz	Fundación IAVANTE, Sevilla	29 de enero	2 horas y 40 minutos
2	MIR a finales de su formación, procedentes de las provincias de Granada, Málaga, Jaén y Almería	Delegación provincial de la Consejería de Sanidad, Granada	31 de enero	1 hora y media
3	Residentes en formación no MIR (BIR, PIR, FIR, EIR) a comienzos de su formación, procedentes de las provincias de Huelva, Sevilla, Córdoba y Cádiz	Delegación provincial de la Consejería de Sanidad, Granada	31 de enero	2 horas y media
4	Residentes en formación no MIR (BIR, PIR, FIR, EIR) a finales de su formación, procedentes de las provincias de Granada, Málaga, Jaén y Almería	Fundación IAVANTE, Sevilla	29 de enero	1 hora y 35 minutos

Tabla 2: Relación de los grupos de discusión de residentes

TIPO DE RESIDENTE	CARRERA DE PROCEDENCIA	LUGAR	FECHA DE REALIZACIÓN	DURACIÓN APROXIMADA
MIR R4	Medicina	Sevilla	29-07-2008	51 minutos
EIR R1	Enfermería	Sevilla	29-07-2008	48 minutos
PIR R2	Psicología	Sevilla	29-07-2008	40 minutos
FIR R4	Farmacia	Sevilla	29-07-2008	54 minutos
FIR R1	Física	Granada	21-05-2008	48 minutos
BIR R1	Biología	Granada	21-05-2008	40 minutos
BIR R1	Bioquímica	Granada	21-05-2008	66 minutos
QIR R1	Química	Granada	21-05-2008	50 minutos

Tabla 3: Relación de entrevistas a residentes

La información obtenida en la fase exploratoria resultó útil fundamentalmente en el diseño y conducción de los grupos de discusión, cuyas características se exponen detalladamente en la tabla 2. Sin embargo, algunos contenidos de las entrevistas exploratorias que hemos considerado particularmente interesantes también tendrán su lugar en estas páginas. En una fase posterior del estudio se procedió a la realización de ocho entrevistas a residentes, centrándonos en las especialidades minoritarias (los Físicos, Químicos y Biólogos Internos Residentes) que por su escasa presencia en los centros del SSPA habíamos decidido dejar fuera de los grupos de discusión. Los resultados de las mismas se han incorporado fundamentalmente en la parte dedicada a los estudiantes universitarios. Por último, para completar nuestra percepción de la formación residencial se llevaron a cabo cuatro entrevistas a internos de las cuatro especialidades mayoritarias (medicina, enfermería, farmacia y psicología). Las características de estas ocho entrevistas pueden consultarse en la tabla 3.

La exposición de resultados ha sido organizada atendiendo tanto a los objetivos de la investigación, detallados previamente, como a las líneas principales que, a tenor del estudio, caracterizan el discurso de los internos residentes. Comenzaremos explicando los cambios detectados en la perspectiva de los residentes respecto a promociones de periodos anteriores, así como las diferencias de motivación entre los MIR y el resto de internos. A continuación procederemos a exponer las principales deficiencias que los participantes en los grupos de discusión encontraron en su formación universitaria respecto a la práctica que realizan en el desempeño de sus funciones como residentes. Esto nos llevará a profundizar en uno de los principales problemas a los que, a la luz de nuestros resultados, se enfrenta la formación de los residentes: los inconvenientes de un sistema que se encuentra en transición entre dos concepciones, lo que inevitablemente genera tensiones entre los viejos y nuevos modelos y culturas, resistencias al cambio, etc. Más tarde nos ocuparemos de la conflictiva doble realidad de la residencia. Al ser la residencia una figura que combina el trabajo y la formación es difícil separar uno de la otra, sin llegar a ser plenamente ninguno de los dos, algo que induce a confusiones y a veces genera distorsiones muy profundas tanto en la formación en sí como en la forma que tienen los internos de entender su profesión y el sistema sanitario en general. Dedicaremos también un capítulo a aspectos más concretos de la formación residencial: las rotaciones, la evaluación, los cursos del SAS y los recursos materiales. Para terminar, desarrollaremos un espacio de síntesis donde presentaremos las principales conclusiones que nos hayan sugerido los capítulos precedentes.

Nos gustaría asimismo aclarar algunas cuestiones relacionadas con la exposición de los resultados en

el texto. Todos los argumentos que elaboraremos a lo largo de las páginas siguientes se fundamentan en los discursos elaborados por los participantes en los grupos de discusión, lo cual trataremos de mostrar con citas literales extraídas de las transcripciones de las reuniones de grupo. La procedencia de cada una de las citas será convenientemente identificada para que el lector sepa en qué grupo se suscitó, siguiendo el código propuesto en la tabla 2. Por otra parte algunos fragmentos de las citas se han destacado en cursiva a fin de subrayar las partes de las mismas que nos interesa destacar por su relevancia para la comprensión de los argumentos expuestos.

Por último, nos gustaría agradecer encarecidamente al Servicio de Desarrollo Profesional y Formación y a las Delegaciones Provinciales de la Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía, así como a las direcciones y a las jefaturas de formación de los hospitales su ayuda en la contactación de los residentes para la realización de los grupos de discusión. Y por supuesto, a los participantes en los mismos por su interés y esfuerzo por acudir a los grupos, lo cual en muchas ocasiones conllevó el desplazamiento desde las provincias donde realizan su formación residencial, hasta los lugares donde estaban convocadas las reuniones de grupo. Sin la colaboración de todos ellos la elaboración de este estudio no hubiese sido posible.

2. LA NUEVA Y DIVERSA CONCIENCIA DE LOS RESIDENTES

En este capítulo se analizará un aspecto sin el cual no serían comprensibles el resto de elementos que configuran la perspectiva y actitud de los residentes respecto del sistema sanitario en general y de su formación en particular. Lo hemos llamado la nueva conciencia de los residentes. Nueva porque, según parece, es propia de las generaciones que han accedido a la formación residencial en los últimos años. Después de desentrañar las causas de este cambio en la cultura de los futuros profesionales se dedicará un espacio a comentar la diferencia de motivación y satisfacción con la residencia entre los MIR y el resto de internos.

2.1. La conciencia crítica de las nuevas generaciones de residentes

Uno de los temas que más veces apareció en las entrevistas exploratorias fue la sorpresa que produce la actitud crítica y combativa que muestran las nuevas generaciones de residentes respecto a las que le precedieron. Entre algunos de los responsables de su formación no se comprende la razón por la que no aceptan, como hicieron sus antecesores, que la residencia exige un esfuerzo individual de gran calado, en el que aparte de trabajar duro y a menudo dedicarse a las tareas menos agradecidas de la prestación sanitaria, cada interno ha de dedicar un tiempo extra al estudio y la investigación. Sería, en su opinión, el coste que implica alcanzar el grado de excelencia y profesionalidad requerido. Como suele suceder en estos casos, la falta de empatía entre generaciones se soluciona acudiendo al tópico: si los nuevos internos protestan por lo que nosotros considerábamos como normal es porque son más perezosos, menos voluntariosos de lo que fuimos nosotros. Sea como fuere debe tratarse de un pensamiento bastante extendido entre los veteranos del SSPA, pues cuando se planteó en los grupos los participantes confirmaron que es un comentario que estaban más que acostumbrados a escuchar. Sin embargo, ellos tenían su propia opinión al respecto:

Mujer (M): Que somos más vagos, que somos más protestones, que no nos callamos...

M: Pero es nuestra generación, hemos nacido ya con libertad de expresión entonces.

M: No es libertad de expresión es que yo creo... Hombre ellos tienen mucha más experiencia que yo, eso está claro. Pero ¿yo no voy a poder discutirle a un adjunto que no creo que una cosa sea así? ¿Y por eso soy una protestona? Porque además me he ganado la fama de protestona, pues no, pues no me da la gana. Es que si yo no estoy de acuerdo con una cosa, o sea yo tengo el título igual que tú. Yo soy licenciada en medicina igual que tú, tú tienes más experiencia ¿pero yo no te voy a poder discutir una cosa que diga que yo también se? Por favor. Y por eso soy protestona, y por eso soy vaga.

Grupo 1

Aunque pueden encontrarse muchas citas similares en el resto de grupos, la anterior resulta especialmente significativa. Y no solo porque ilustre a la perfección el estilo directo y atrevido con el que los residentes de hoy cuestionan la autoridad de sus predecesores, también por traer a colación una posible explicación de esta actitud que apareció con frecuencia en los debates. Afirma la residente tener el mismo derecho a opinar que sus adjuntos al poseer el mismo título, algo que en principio podría no resultar sorprendente, pero que llama más la atención por cuanto en los grupos de MIR fue frecuente que los asistentes diferenciaron con claridad entre médicos y licenciados en medicina. Con cierto desprecio, los MIR consideran que aquel que sale directamente de la carrera no es propiamente un médico, como si asumiesen que para ser un profesional es necesario realizar la residencia. De hecho, una de sus principales críticas a la política de empleo del SSPA fue precisamente la contratación de “licenciados en medicina” en lugar de verdaderos médicos. ¿Por qué entonces el título pasa aquí a jugar un papel tan importante si en otros momentos le restan valor? La siguiente cita contribuirá a resolver esta duda:

H: No yo creo que antes también se confundían mucho viendo doscientos pacientes porque existían cuatro enfermedades. Entonces hoy en día con el crecimiento de la medicina tu a un paciente no le puedes dar cuatro fármacos como antes le dabas dos. Entonces todavía no hay ese chip porque antes los médicos se supone que lo sabían todo y era mentira, no sabían nada porque no se sabía nada. Esa realmente es la realidad, por eso existen las especialidades. Antes había cinco, cuatro especialidades clásicas y hoy hay especialidades... Por lo menos para el ojo que es un órgano, cuatro años para estudiar un órgano o cualquier otro órgano por decir un ejemplo, o sea que. Yo creo que el médico que dice eso, que ve doscientos pacientes, yo creo que si es serio, no tiene veinticuatro horas para ver doscientos pacientes, o no los vio o los pacientes no tenían nada, los saludó y les dio la mano. Que el nos demuestre a nosotros que... mi admiración sería ser como él. O sea mi sueño ser como él, porque si lo ve todo y lo ve bien, de verdad que lo admiro, o sea que saque la revista o el libro que va a sacar con todo gusto se lo compramos. Pero que no compare decir que nosotros somos flojos porque ahora a nosotros se nos exige una formación teórica y el problema que existe es que si tu no sabes la teoría en parte al paciente lo bajas a... No se como se dice aquí escanear, a largar ¿entiendes?

Grupo 1

He aquí un factor clave para comprender tanto la conciencia crítica de los jóvenes residentes como ciertos desajustes que, como iremos viendo, se producen en la formación residencial respecto a la que recibieron en la universidad. En palabras de los asistentes a los grupos, el plan de estudios de la carrera es fundamentalmente teórico y se encuentra orientado sobre todo a la especialización. Es algo especialmente cierto para la medicina, pero aplicable a cualquier campo científico, ya que en la ciencia la elaboración teórica centrada en principios tan básicos y especializados como sea posible es una medida de prestigio muy importante (Thuillier, 1990: 172-74). Por otro lado, el conocimiento científico, incluido el médico como reza la cita, ha avanzado espectacularmente en las últimas décadas, lo cual se refleja en el contenido de las carreras. Así pues, los licenciados recientes se saben poseedores de una base teórica superior, más profunda y especializada, que la que tuvieron sus antecesores. Algo que, insistimos, se aplica con más fuerza a la medicina, que es un saber extraordinariamente jerarquizado. En nuestra opinión esta es una de las causas principales que explican la conciencia crítica, a veces arrogancia, de los actuales residentes.

Yendo un poco más allá, en la cita anterior se dice que adquirir esa base teórica tan potente se les exige. Es decir, como condición de acceso al empleo en el SSPA se les demanda un volumen de conocimientos más amplio que el de sus predecesores. Por otra parte, como sabemos el trabajo en el sistema sanitario no comporta ya las ventajas que comportaba antes, lo cual de nuevo es significativamente cierto para los médicos. Esto se debe principalmente a tres causas, que no por casualidad se encontraron entre los temas de debate más frecuentes en los grupos, como iremos viendo más adelante:

1) Peores condiciones laborales: En los años ochenta el SSPA experimentó una grave crisis de empleo debida fundamentalmente a un gran exceso de licenciados respecto a los puestos de trabajo disponibles, lo que ha contribuido a presionar los sueldos hacia abajo y precarizar las condiciones de trabajo del personal sanitario (Rodríguez y De Miguel, 1990: 175-217). A pesar de que en la ac-

tualidad la demanda de empleo del SSPA se ha equilibrado más respecto al volumen de diplomados y licenciados, no se han restaurado los privilegios de los que anteriormente gozaban los trabajadores del mismo, sobre todo los médicos:

M: Después nuestra consulta no sé porque yo no he pasado por allí todavía, pero la planta está saturada al máximo, sostenido por residentes en los meses pico, diciembre, noviembre, diciembre y enero... gente que se jubila no contratan a nuevas... a nuevos adjuntos y vamos, con falta de personal absoluto y con esa falta evidente de personal que... donde ahora se van los residentes, los adjuntos se echan las manos a la cabeza, no hay unos contratos tampoco en condiciones, los contratos, tu preguntas a la gente y se hacen por meses, son contratos mensuales...

M: Y a parte los contratos buího que son las guardias de ocho de la tarde a ocho de la mañana...

Grupo 2

2) Carga de trabajo: Si ha vuelto a crecer la necesidad de personal es porque el SSPA ha experimentado desde entonces un crecimiento importante en su cobertura. El resultado es una carga de trabajo superior a la que se viviese en etapas anteriores:

M: El único problema que yo veo es que nosotros somos un complejo hospitalario entonces... por ejemplo en farmacia nos ocupamos de... o sea esta el hospital neuro-traumatológico y el médico-quirúrgico, entonces pues son muchísimos enfermos, y estamos un poco pues la verdad desbordados, muchísimo trabajo, y luego en cuanto a planta lo que yo he observado también, pues que faltan médicos, falta personal, somos hospital de referencia y son muchísimos los pacientes los que hay allí, el hospital se ha quedado pequeño.

Grupo 3

3) Pérdida de prestigio: Finalmente, el prestigio y la legitimidad casi ilimitada de la que en el pasado gozaban los profesionales sanitarios (huelga decir que de nuevo nos referimos principalmente a los médicos) se ha ido erosionando en los últimos tiempos. Ha ello ha contribuido la evolución del propio SSPA, que ha ido desplazando su centro de atención hacia el usuario como núcleo del sistema, lo cual en consecuencia ha empoderado a la ciudadanía frente a la autoridad que antiguamente le imponía el criterio profesional. Pero también el propio cambio social, puesto que la sociedad contemporánea ha abandonado progresivamente su tradicional confianza ciega en la autoridad de figuras de estatus elevado, como sin duda era el caso de los médicos. Asimismo, el consumo de salud ha aumentado notablemente en los últimos años, lo que produce usuarios más informados y exigentes, menos pasivos en su relación con los profesionales sanitarios. Más adelante comprobaremos que este problema constituye una de las principales preocupaciones de los residentes.

Peores condiciones laborales, mayor carga de trabajo y menos prestigio, es decir, peores expectativas de futuro que las de sus predecesores. Por otro lado, una mayor exigencia en la base de conocimientos necesaria para optar a trabajar en el SSPA. En otras palabras un coste de entrada superior para menores beneficios. Si la recompensa es más pequeña y las dificultades para acceder al SSPA mayores, resulta lógico que las nuevas generaciones de residentes sean mucho más críticas que las que les precedieron. Todo lo cual, repetimos, se da con mayor fuerza entre los MIR, puesto que la medicina es el campo en el que con más intensidad se dan los dos extremos, tanto el mayor coste de entrada como la rebaja en las expectativas de recompensa. De hecho, es una de las causas por las que los MIR se muestran mucho menos satisfechos con su formación que el resto de los residentes.

2.2. Diferencia de motivación y satisfacción entre los MIR y el resto de residentes

Una de las cosas más sorprendentes de los grupos de discusión fue la notable diferencia con la que los MIR valoraron la formación residencial respecto al resto de los internos, ya fuesen éstos psicólogos, enfermeros o farmacéuticos, profesiones que poco tienen en común entre sí. La causa de esta diferencia de actitud tiene que estar, por tanto, en la formación de los médicos. La siguiente cita, extraída de uno de los grupos de internos no médicos, puede proporcionarnos una clave para entenderlo:

M: Vamos, yo creo que sí, pero por lo menos en mi situación...a ver, yo por ejemplo...mi especialidad pues los médicos son... menos 5500, 5000 y pico que no... que han elegido esa especialidad porque no tenían otra plaza. En cambio, todos los que somos farmacéuticos y biólogos que están ahí son números básicos, bastante buenos, entonces hay mucha diferencia como de motivación entre unos compañeros y otros.

Grupo 4

He ahí una posible razón por la que los MIR manifiestan un mayor descontento respecto a la residencia. Para los estudiantes de medicina realizar el examen MIR y los cuatro años de formación residencial es casi una obligación. La práctica totalidad de ellos tienen su salida laboral acotada hacia el SSPA. Es cierto que, como sabemos, en los últimos años se está abriendo con fuerza entre los médicos jóvenes la idea de buscar empleo en otros países. Pero para una mayoría de los MIR, la única opción laboral posible es la ofertada por el SSPA. A ello se añade lo que podría denominarse como especialismo de los médicos, es decir, la tendencia de la medicina a prestigiar las especialidades sobre formas de practicar la profesión que atienden más a la globalidad del paciente (en particular la medicina de familia, aunque también la medicina interna y la pediatría), y dentro de las mismas especialidades aquellas más complejas, que requieren de mayor habilidad o de conocimientos teóricos más profundos, como la neurología o la cardiología. En la entrevista exploratoria mantenida con responsables de la facultad de medicina de la Universidad de Córdoba se nos dijo que el examen MIR introduce distorsiones en la formación de los médicos, puesto que les empuja a estudiar pensando en escoger especialidad, o mejor dicho la especialidad más prestigiosa posible, en lugar de buscar aquella en la que realmente se encuentren más realizados. En cambio los entrevistados olvidaron explicarnos porqué los estudiantes de medicina se comportan de esa manera, porqué se esfuerzan en escoger la especialidad de mayor prestigio, una motivación que seguramente adquieren antes de estudiar para el examen MIR.

Profundizaremos debidamente en este punto más adelante. Por el momento quedémonos con la siguiente idea: muchos de los MIR se sienten atrapados en una especialidad que no han escogido libremente, y que muy probablemente sientan inferior a otras en la jerarquía del saber médico, y en una trayectoria laboral para la que no conciben alternativas. De ahí que muestren una mayor insatisfacción y una menor motivación respecto a la residencia que el resto de internos. En contraste, para las demás profesiones el acceso al SSPA no sólo no es prácticamente la única opción laboral viable, sino que es una salida prestigiosa, más que otros posibles caminos por los que desarrollar su carrera profesional. También es una opción potencialmente más estable, si consiguen una plaza fija en el SSPA. Los psicólogos podrían haber escogido la educación o los recursos humanos, y dentro de la clínica hubiesen podido dirigirse a consultas privadas o asociaciones; a los farmacéuticos o químicos el mercado les ofrece un amplio abanico de posibilidades de trabajo en laboratorios de diferentes sectores empresariales; para los enfermeros se ensancha cada vez más el campo de empleo (ley de dependencia, asistencia personalizada, clínicas geriátricas, etc.) Pero en lugar de ello, los residentes eligieron la, en muchos sentidos más difícil, senda de la sanidad pública. Para ello necesitaron superar una prueba muy dura, el examen de acceso. Aquí reside con mucha probabilidad la diferencia fundamental entre los MIR y el resto de residentes, como ya adelantaba la cita de la página precedente. Para los médicos el examen MIR es un escudo que saben han de superar necesariamente, y que en muchos casos les lleva a una especialidad que no desean porque su nota no es lo suficientemente buena. E incluso a una que escogieron porque sacando una nota alta creyeron que debían optar por una especialidad prestigiosa, comprobando más tarde que realmente no les gusta, extremo que, según algunos de los entrevistados en la fase exploratoria, ocurre con cierta frecuencia. Para los demás internos la residencia fue una elección y si consiguieron acceder al SSPA es precisamente porque obtuvieron una buena nota en el examen de acceso: han logrado lo que querían. Esto, lógicamente, establece una diferencia de motivación muy importante. Lo que, a su vez, genera predisposiciones muy distintas hacia la residencia. A nuestro juicio, esta es la razón por la que los residentes no médicos manifiestan una satisfacción muy superior hacia este periodo de su formación. En los grupos de internos no MIR algunos de los participantes plantearon explícitamente que, dado el esfuerzo que les había supuesto alcanzar su plaza, no podían sino estar contentos con su situación, centrarse en lo positivo pese a todos los problemas:

M: Hay que estudiar mucho y de todo. O sea, yo, como me ha costado tanto trabajo sacarme una

plaza de PIR. Yo por eso lo que tengo ahora lo valoro muchísimo. No estoy tan desanimada ni... Que sí, que no estoy de acuerdo con muchas políticas del SAS y con muchas cosas, pero estoy aprendiendo un montón que de otra forma no podría y lo que he conseguido... Me he presentado tres veces al PIR y lo he conseguido, no sé... Para mí es una oportunidad bastante buena. Que también se que por ejemplo, hay muchos master que te cuestan un dinerito, no aprendes tanto y ahora estoy aprendiendo muchísimo, encima... Además, te pagan ¿sabes? Que yo... Vale que algunas veces abusan y hay muchos pacientes y estás trabajando mucho, pero, no sé, a mí... Yo estoy contenta con la residencia en general. (...) Y la cosa es que se presentan, pues dos mil y pico de personas y son 80 plazas las que hay, y es muy difícil sacarlo. No sé, yo lo tenía muy claro desde el principio y por eso... Ahora estoy contenta.

Grupo 4

Ahora bien, tal y como también refleja la cita anterior, esta mayor satisfacción de los internos no médicos con la residencia no implica, en ningún caso, que sean los MIR el único colectivo que se muestre crítico con la política del SSPA hacia los residentes. En todos los grupos, tanto los de MIR como los de residentes no médicos, se repitieron las mismas quejas y reivindicaciones: carga de trabajo, falta de personal, poco tiempo para la formación, autoritarismo en el trato de ciertos jefes, malos contratos y sueldos bajos... En ese sentido, los internos no médicos sostuvieron un discurso igualmente crítico hacia la situación de la residencia. Sin embargo, el tono de los MIR fue siempre más visceral. Y sobre todo, la diferencia fundamental entre unos y otros reside en que los internos no médicos finalmente reconocieron que, a pesar de todos los problemas de la residencia, se encuentran satisfechos con la misma:

M: Soy residente de análisis clínico en el complejo hospitalario Torre Cárdenas en Almería, (...) percibo como que falta un poco de tener en cuenta que detrás de cada volante hay un paciente y de que falta un poco de calidad asistencial en ese sentido... Pero también percibo que por otro lado también se intenta pues ascender un poco en el sentido en que se intentan mejorar las técnicas se intenta mejorar que los aparatos sean más buenos para automatizarlo todo mejor, en fin intentar organizarse un poco mejor el laboratorio que cada vez quiere incluir más cosas, (...) Pero que supongo que como pasa en todos los servicios te encuentras que hay gente de adjuntos, hay profesionales que se esfuerzan más por sacar el trabajo adelante a lo mejor de mejor manera que otros y entonces (...) Por otro lado yo también percibo (...) que muchas veces, sobre todo en la puerta de urgencias falta mucha calidad asistencial, hay muy pocos médicos trabajando allí, los que hay van mataos, trabajan muchísimas horas, es lo que percibo como compañera (...) Entonces bueno hay áreas en las que si que veo que todos nos esforzamos en sacar el trabajo bien y adelante pero hay otras que por más que te esfuerces pues no puedes por que los medios no te dejan... pero bueno... a pesar de todo estoy muy contenta de aprender cada día cosas nuevas en el laboratorio.

Grupo 3

Como puede observarse en la cita anterior, la autora de la misma no duda en mostrarse crítica con numerosos aspectos del sistema sanitario. Sin embargo, ello no le impide pensar que, pese a todo, la experiencia es positiva a nivel global. Los MIR, en cambio, nunca rematan sus intervenciones de este modo. Es cierto, como veremos, que los MIR a finales de su formación terminan aceptando que la residencia ha sido una vivencia necesaria. Mas su valoración no es favorable, más bien admiten que el proceso ha sido "útil", incluso "contra todo pronóstico", y desde luego lo hacen con un resignado pesimismo que no es comparable a la satisfacción que muestran los internos no médicos. Aún así, cabe insistir en que la diferencia de motivación entre los MIR y el resto de residentes no implica que estos últimos muestren una aceptación pasiva de la situación actual. De hecho, otro de los resultados relevantes del estudio fue precisamente comprobar como entre los residentes no médicos va calando poco a poco una conciencia emergente por la cual tratan de encontrar su propio espacio, su aportación específica y autónoma al SSPA, incluso si eso les supone enfrentarse al poderoso colectivo médico. Un ejemplo de ello sería la plataforma a favor de los partos naturales en del SSPA impulsado por colectivos de enfermeros, entre los que se contaban EIR que asistieron a nuestras reuniones de grupo.

En resumidas cuentas, las nuevas generaciones de residentes son más críticas y más conscientes de sus derechos que las que les precedieron. Esto se debe sobre todo a que el nivel de conocimientos que

se le exige como condición de entrada al SSPA es mayor, pero sus recompensas son menores respecto a las de sus predecesores. Esta situación se observa con más intensidad en los MIR, en la medida que para el resto de internos la residencia es una opción atractiva y prestigiosa, mientras que para aquellos no sólo es prácticamente la única salida laboral posible, sino que además con frecuencia les impone especialidades que no les agradan. Esto marca una diferencia muy acusada de motivación y satisfacción respecto a la residencia entre los MIR y el resto de internos. Lo cual en ningún caso significa que estos últimos no cuestionen su situación o sean menos conscientes de los problemas. Pero sí supone que, en general, terminen sintiéndose satisfechos con la experiencia pese a todos sus costes, algo que que los MIR nunca llegan a afirmar.

3. LAS CARENCIAS PERCIBIDAS EN LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA

Este capítulo se centrará en las lagunas que los participantes en los grupos encuentran en su formación universitaria, sobre todo en relación a la labor que posteriormente han afrontado en la residencia. Hemos de aclarar que se trata únicamente de las carencias que los propios internos perciben, lo que echan de menos haber aprendido en la carrera. No entraremos por el momento en otros aspectos de la formación universitaria que se observen en relación a las necesidades del SSPA pero que los propios residentes no mencionan, los cuales serán tratados en otros apartados. Teniendo esto en cuenta, en este capítulo se presentarán dos grandes temas que fueron debatidos en las reuniones de grupo: la ausencia de una visión global de la carrera y la falta de prácticas.

3.1. La falta de una visión global de la carrera

Un problema que, a juzgar por los resultados del estudio, parece ser muy común en los planes de estudios de las carreras universitarias es la ausencia de una visión global de las mismas, de un sentido general que relacione todas las asignaturas y muestre que tienen cierta relación entre sí. La base de contenidos teóricos parece ser buena, o al menos los residentes no tienen queja en ese sentido. El problema es que no saben lo que saben, es decir, que no son conscientes de que realmente poseen ese fondo de conocimientos teóricos hasta que tienen que enfrentarse a situaciones en las que han de ponerlo en juego. En ese momento, al sentirse solos frente a un escenario que les exige una visión general de su campo de conocimiento, es cuando se ven obligados a relacionar lo que aprendieron por partes en la carrera. Teniendo en cuenta que, como se verá más adelante, en la residencia se enseña a los internos fundamentalmente a resolver tareas cotidianas del sistema sanitario, esta carencia de la formación universitaria es vivida con mucha intensidad. Genera mucha ansiedad entre los residentes, que tienen dificultades para poner en práctica los conocimientos adquiridos en la carrera:

M: Es que nosotros, por lo menos yo, la sensación que tengo es que me se las cosas por temas, o sea no se relacionar... Yo, por ejemplo, ahora que empiezo en interna y tengo una admiración absoluta con el internista porque es que el paciente llega y es todo... Y yo hasta que intento relacionar todos los temas juntos... Claro pues gracias a dios esta el internista al lado que ya me los va enseñando. Pero me cuesta muchísimo mezclar los temas, y eso sí que lo he echado en falta en la carrera porque yo he dado dermatología, por otra parte hago esto, por otra parte... Nunca se da el paciente pluri patológico que al fin y al cabo es casi todos porque para uno que... Sí para el chavalito joven que venga porque le duele un brazo, todo lo demás es el hombre de setenta años que le duele el pecho pero que además esta operado de tal y tiene tal y no se que, y el año pasado... Eso son el noventa por ciento de los pacientes y yo eso no lo se hacer todavía, no relaciono, me cuesta mucho relacionar enfermedades. Vamos porque llevo seis años sin hacerlo, por mí...

Grupo 1

Como reza la cita anterior, de nuevo son los MIR el colectivo que más sufre por esta segmentación de su saber. No en vano la medicina es el campo en el que la especialidad parece tener más importancia. De todos modos, muchos de los futuros médicos (los internistas, pediatras y sobre todo los médicos de familia) requieren de esa visión global del paciente que la carrera no proporciona. Los MIR de estas especialidades, que en la práctica son la inmensa mayoría, se sorprenden cuando comprueban (como puede observarse en la cita de

más arriba) que la mayor parte de los pacientes presentan múltiples patologías a menudo relacionadas entre sí. Es algo para lo que una formación tan especializada como la que han recibido -centrada en los órganos, sistemas o males concretos- no les prepara adecuadamente. Más aún, en tanto que todos los MIR han de pasar por el trámite de las urgencias, todos acaban echando de menos algún grado de concepción global del paciente. En realidad todos los médicos la requieren, pues de un modo u otro su labor cotidiana les reclamará una idea integral del paciente que están tratando, aunque sólo sea para estar completamente seguros de que la dolencia que presentan no es de su estricta competencia como especialista.

En cualquier caso, no son los MIR los únicos que padecen esta carencia en su formación. Más bien, se trata de un dificultad que apareció en todos los grupos, en los que se repitieron prácticamente calcados algunos argumentos al respecto. Por ejemplo, muchos internos coincidieron en afirmar que el examen de acceso a la residencia resultó útil precisamente porque fue entonces cuando se vieron obligados a relacionar los conocimientos parciales que habían estudiado por separado en diferentes asignaturas de la carrera. Puede decirse incluso, como planteó alguno de los residentes, que el examen de acceso da un sentido a la carrera que no percibían mientras la estudiaban. En ese sentido, los participantes también reconocieron que la residencia tiene un efecto muy parecido. La residencia les ayuda a vincular y estructurar un conocimiento que adquirieron de un modo fragmentario, a través de mecanismos como por ejemplo las rotaciones. Así pues, estamos ante una cuestión común a todos los residentes, y por consiguiente a todas las carreras universitarias relacionadas con el SSPA. Los planes de estudios fraccionados en innumerables asignaturas, sin capacidad para transmitir la conexión existente entre ellas, parecen generar en los estudiantes una falta de concepción global de su campo de conocimiento. Es muy posible que se deba a esa propensión de la ciencia, ya comentada anteriormente, a premiar el conocimiento más especializado y abstracto sobre el general y aplicado.

Guarda también relación con esta problemática otro aspecto que los participantes en los grupos de discusión, en concreto los de internos no médicos, sacaron a colación en los debates. Se trata de la falta de orientación hacia lo sanitario de las carreras cuya salida no se reduce a este campo. Titulaciones como medicina o enfermería están enfocadas principalmente a la asistencia sanitaria, por lo que sus planes de estudio se diseñan para que los alumnos se formen adecuadamente en este aspecto. Pero en otras carreras acreditadas como profesiones sanitarias por el SSPA esto no es así. Física, química, biología, psicología, bioquímica e incluso farmacia son ejemplos de carreras que cuentan con un amplio abanico de salidas profesionales, siendo la sanitaria sólo una de las posibles especialidades entre las que pueden optar los estudiantes de las mismas. Esto provoca que los residentes procedentes de estas titulaciones sientan que quizá les falte cierta base general a la hora de afrontar su trabajo cotidiano en el SSPA, por ejemplo a la hora de comunicarse con otros compañeros de su equipo procedentes de carreras mucho más enfocadas a lo sanitario:

H: (...) Y después en carreras pues por ejemplo en farmacia o en psicología también, no lo sé, es que en comparación con medicina que ya se sabe dónde vas a ir, después podrás hacer una especialidad o otra, farmacia pues te tienen que dar una docencia global porque va a haber gente que vaya para la industria, va haber gente que vaya a eso a un laboratorio o va haber gente que vaya a clínica, incluso respecto a lo que yo aprendí en la carrera para un laboratorio de microbiología tampoco es realmente útil porque tú, aquí es microbiología clínica, realmente allí das la microbiología como asignatura (...) pero el problema de eso de carreras amplias es eso que la pueden enfocar, cada uno que da una asignatura pues la puede enfocar primero seguramente por sus gustos personales, por su... y después eso no pueden darte una docencia específica como pasa en el caso de medicina, ellos ya saben a dónde van a ir, pues te dan a esto, ¿sabes?

M: Es lo que tu comentas, no está orientada para nada a la clínica... Si, no sé creo que sí que vale de algo estudiar, yo por ejemplo en el laboratorio me doy cuenta de que cada uno llega de una rama diferente, química, medicina, farmacia, entonces sí que noto cada uno lo que... lo que sabe más, por ejemplo yo se que a lo mejor habló de un fármaco y los médicos sí que me entienden pero a lo mejor el que llega de química... (...)pero creo que es sobre todo por eso porque es muy amplio el abanico donde puede cada uno salir y entonces creo es por eso...

Grupo 3

3.2. Falta de prácticas

Si el contenido principal de este capítulo versa sobre aquello que a los residentes les gustaría haber cambiado de sus carreras el tema de las prácticas resulta absolutamente ineludible. Con mucho, este fue el debate que, respecto a las carencias de sus estudios universitarios, más atención recibió en los grupos. Al igual que en el punto anterior, éste parece ser un inconveniente común a todos los participantes, y por tanto a todas las carreras que tienen relación con el SSPA. Parece innegable que el problema existe, y que en lo tocante a los internos se agrava aún más, puesto que la formación residencial gira fundamentalmente en torno al trabajo, al aprendizaje de las tareas cotidianas del SSPA. Los residentes sacan adelante, se quiera o no, una parte importante del trabajo del SSPA, lo cual implica que también su labor va a influir en la calidad asistencial y en la imagen que la ciudadanía tiene del sistema. En consecuencia, es esencial que los internos comiencen el periodo residencial con ciertas habilidades adquiridas previamente. En otras palabras, no es adecuado que los residentes pasen a desempeñar tareas propias de profesionales si nunca han tenido la oportunidad de poner en práctica los conocimientos teóricos aprendidos durante la carrera. Máxime cuando, como se verá posteriormente, desde su misma llegada al SSPA a muchos se les adjudican responsabilidades de cierto peso, algunas de ellas tan delicadas como las urgencias hospitalarias, y en no pocas ocasiones sin todos los apoyos que sería deseable que tuviesen por parte de los trabajadores de plantilla. Por todo ello, es urgente solventar esta tara en la formación de los futuros profesionales.

La ausencia o insuficiencia de prácticas en las carreras es particularmente más grave en aquellos puestos de trabajo que tienen contacto directo con los pacientes, como la enfermería, la psicología y por supuesto la medicina. Las habilidades clínicas, la empatía y comunicación con el paciente, la capacidad para historiar y diagnosticar, son destrezas para las que los internos pertenecientes a estas carreras reconocieron tener carencias muy acusadas, en especial en los primeros periodos de la residencia. La ansiedad que produce en los futuros profesionales enfrentarse solos a un paciente, sin que previamente hayan tenido la oportunidad de probar sus conocimientos, es muy grande. El contenido esencialmente teórico de la carrera no les ha preparado apropiadamente para afrontar con garantías esta situación. Se llega a cuestionar la utilidad real tanto de la propia carrera como del examen de acceso al SSPA. Siempre según los sujetos del estudio, tanto una como otra no sólo no les prepararían adecuadamente para su futuro puesto de trabajo. Por el contrario, sus contenidos serían incluso opuestos a lo que posteriormente han encontrado en la realidad cotidiana de la residencia:

M: Yo tengo la sensación de que, vale sí, yo he estudiado la carrera, se teoría, he hecho el MIR pero creo que a la hora de la verdad cuando llega gente a la puerta, que el MIR no sirve para nada. Sino que eres realmente un número porque no hay nada de lo que ponga en el MIR que se pueda aplicar porque además todo lo que ves el MIR dice una cosa (...) Y no sirve para nada saber la sensibilidad, especificidad pero a efectos prácticos incluso además hay cosas que en el MIR son al revés de cómo es en la vida real ¿vale? Pero que por mucha teoría que tu sepas... Vamos que cuando llega la hora de la verdad tu dices: “yo no tengo ni idea” aunque realmente lo sepas en el libro. Pero tu después te pones delante del paciente y dices: “ni idea, ni idea” y ya cuando llegas a tu casa y dices: “pues mira, si, yo me acuerdo de esto cuando lo estudié el tratamiento era así o era... Pero yo cuando estudiaba la carrera me sabía de p a pa los fármacos hipertensivos pero hasta que yo no he estado sentada en la consulta del centro de salud yo no me he dado cuenta de cual es el primero de cual es el segundo, de este va así y este va asao, ahora potasio, este ahora le afecta... Realmente esa practica diaria la carrera no te la da, para nada. Entonces a lo mejor pues no hacer tanta teoría sino combinar más practica y haciendo practicas mucho más interesantes que estar en un quirófano viendo como otro lo opera y que te diga: “mira aquí tengo una gotita de sangre ¿me la puedes limpiar?” que a mi me ha pasado haciendo practicas ¿sabes? Que te dejen hacer más cosas... Y que sepa hacer tres meses de prácticas en urgencias porque sabes que después vas a estar en la puerta, pues que se hagan. ¿Sabes? que te pongan con un adjunto, con un residente, pues la haces te pones al lado, te pasas todo el día y aprendes.

Grupo 1

Como puede verse en la cita de más arriba, los residentes admiten que los conocimientos teóricos

aprendidos en la carrera acaban por tomar sentido, que la base teórica de la carrera es necesaria. Empero, esto no quiere decir que se reconozca la bondad de los actuales planes de estudio. Es precisamente en la práctica donde sus conocimientos adquieren la utilidad que no percibían al estudiarlos. Lo cual termina reforzando sus tesis sobre la necesidad de aumentar el peso de las prácticas durante la formación universitaria. Por otro lado, no hay que olvidar que, en realidad, muchas de las carreras sí tienen prácticas, en particular la medicina. Sin embargo, volviendo de nuevo a la cita anterior, este contenido práctico de la carrera tampoco satisface a los residentes. En especial por el carácter eminentemente pasivo y contemplativo que en su opinión las caracterizan. La mayor parte de las prácticas en la universidad habrían consistido fundamentalmente en acompañar a profesionales y observar como trabajan, dando a lo sumo su opinión cuando éstos se la piden. Los residentes llaman a esto “hacer de poste”. Es cierto que los asistentes a los grupos aceptaron que, con todo, estas prácticas les habían resultado útiles. Sólo el hecho de comprobar en qué consiste el trabajo que ellos mismos realizarán en un futuro es productivo: conocer el funcionamiento interno de los centros, aprender de las habilidades de los profesionales, observar como se aplica la teoría, etc. Pero no es suficiente, según el criterio de los residentes. No es lo mismo observar lo que otro hace que hacerlo uno mismo. Además, en ocasiones sintieron que podían llegar a resultar molestos, a entorpecer el trabajo de los formadores a los que acompañaban, experiencia que los propios participantes en los grupos han tenido ahora que son residentes. Por todo ello, abogan por prácticas más participativas, en las que la asunción de responsabilidades sea más progresiva:

M: No, no o sea que lo que tu estudias durante la carrera ¿no? Los libros y tal... pero que la teoría ya la sabes pero cambia mucho, nada más que lo que hacemos es eso, ver pacientes... Un ejemplo de lo que va a ser tu trabajo, pero durante muy poco tiempo y además observando, ni siquiera tienes la oportunidad de ponerte tu delante del paciente, porque estas tan poco tiempo que los profesionales no se fían, de que un prácticum se ponga delante del paciente y tal, entonces... ni siquiera es una práctica real porque tu solamente observas y cambia mucho de cuando observas a cuando eres tú la que estas delante del paciente.

Grupo 3

El responsable de formación de uno de los hospitales más importantes de Andalucía, entrevistado durante la fase exploratoria, afirmó que los internos “llegan con muchas ganas de hacer cosas, porque durante muchos años no han hecho más que estudiar”, lo que en principio confirmaría la tesis defendida en este punto. Sin embargo, este énfasis por las prácticas puede llevar a los alumnos a minusvalorar lo que aprendieron en la carrera, como cuando niegan que sus estudios universitarios sirvan para algo más que acceder a un puesto de trabajo en el SSPA, como ya se expusiera más arriba. Por eso, merece la pena detenerse en uno de los debates que tuvieron lugar en el grupo de discusión de MIR a comienzos de la formación residencial. Uno de los MIR participantes en el mismo procede de Colombia, y comenta al resto del grupo las diferencias entre el plan de estudios de la licenciatura en medicina de su país respecto a los de sus compañeros:

H: Allí en mi país es todo lo contrario, la practica es grandísima y la parte teórica es muy baja, muy escasa. O sea que tampoco es la solución, la solución sería lo que tienen ustedes acá y nosotros la practica, un termino medio y allá una cosa que yo creo que me parece bien... Allá en el tercer año uno está en el hospital incluso el que viene por una herida, una herida de estas que se cayó a lo sumo típico lo sutura uno de tercer año de medicina, o sea un cirujano o uno de sexto año no va a suturar una herida. (...) Tampoco es bueno, por supuesto, yo cuando suturé mi primera vez en tercer año parece el parkinson más grande del mundo y la sutura iba por aquí quedando por el otro lado, evidentemente esto ya cuando estás en sexto por lo menos se quedan derechas. (...) Pero lo que si yo vi que pudiera beneficiarnos muchísimo acá, porque aquí hay muchos más recursos, es que el de sexto año, que está en el último año en la carrera, se convierta como un interno. Un interno quiere decir que sea obligatorio su permanencia en el hospital, que sea obligatorio hacer guardias en el hospital porque eso va en su formación, eso es un poquito de trabajo ahora pero servicial mañana porque sino se va a enfrentar mañana a una cosa mucho más fuerte que es como... Claro no se si en grado de ansiedad que puede generar un paciente y ver todas las patologías como en los libros y de repente darse cuenta que la realidad es distinta. Entonces ese muchacho de sexto año se pudiera poner a lo mejor en el primer día con un adjunto y le ayude a sacar trabajo, ¿entiendes?

Grupo 1

Así pues, habría que tener cuidado con pasar de un extremo a otro, de un plan de estudios fuertemente teórico a otro completamente práctico, como el existente en Colombia. La propuesta contenida en la cita de más arriba, que el sexto curso de la carrera de medicina fuese una suerte de introducción a la residencia, quizá sea excesivamente ambiciosa. Pero sugiere demandas latentes de los internos: por una parte que el paso de la carrera a la residencia sea más progresivo, menos brusco. Por otra, que en los estudios universitarios se equilibren la enseñanza teórica y la práctica. Testimonios de residentes de otros grupos apuntan que, en efecto, los nuevos planes de estudio se ajustan mucho mejor a estos criterios, introduciendo más prácticas, incrementando paulatinamente su dificultad e intensidad según se avanza de curso e incluyendo ejercicios que requieren participación real de los estudiantes, hasta con pacientes reales. Una formación que responde más a las necesidades de los residentes, tal y como fueron planteadas en los grupos de discusión. Si estos nuevos planes de estudio se consolidasen, muy probablemente las futuras oleadas de residentes que se incorporen al SSPA mostrarán un grado superior de satisfacción con sus estudios universitarios.

En conclusión, los internos coinciden en percibir dos grandes carencias en los planes de estudios de las carreras que han estudiado: la ausencia de una visión integral que relacione las asignaturas que estudiaron por separado (a la que hay que unir la falta de orientación hacia lo sanitario de ciertas titulaciones) y la necesidad de equilibrar los contenidos teóricos y prácticos a fin de hacer más progresivo el tránsito hacia la residencia. Se trata de problemas cuya responsabilidad recae en la universidad, pero que los residentes arrastran hasta el SSPA. Quizá por ello, esté también en manos de sus responsables contribuir a sus soluciones.

4. UN SISTEMA EN TRANSICIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el concepto de salud del siguiente modo: “se considera la salud, globalmente, como un estado de bienestar psicofísico y social en relación con múltiples ámbitos que abarcan lo puramente físico (entorno físico, vivienda, medio ambiente,...), social (seguridad e higiene en el trabajo, educación y asistencia sanitaria, equidad en la distribución de los recursos disponibles,...), hábitos de vida (alimentación adecuada, ejercicio físico, consumo de tabaco y alcohol,...), el estado de salud propiamente dicho (morbilidad, mortalidad, esperanza de vida), el sistema sanitario (recursos físicos y humanos, atención hospitalaria, seguridad social, investigación,...) y la salud percibida o autovaloración de la salud” (Biedma et. al. 2004: 4; OMS, 2006). Una conceptualización multidimensional, en la que lo puramente biológico y los recursos del sistema sanitario son sólo dos de los muchos factores que intervienen en el estado de salud. Entender la salud como algo complejo y multideterminado es un paso adelante respecto a cómo ésta se ha venido concibiendo en las sociedades industriales. Principalmente por la fuerte influencia que la medicina científica ha ejercido en las mismas, durante mucho tiempo la salud se ha pensado como un fenómeno netamente biológico, un proceso que acontecía exclusivamente dentro del cuerpo. Se definía de modo negativo, como la ausencia de enfermedad. Por tanto, el objetivo prioritario de la sanidad era curar. Los médicos eran, así, los únicos capacitados para gestionar la salud de las personas, en la medida en que su campo de conocimiento era el único capaz de explicar los complejos procesos que hacen enfermar y los únicos con competencia para aplicar el remedio adecuado que restaure la salud perdida.

Esta visión de la salud restrictivamente médica ha recibido numerosas críticas desde la década de los sesenta del pasado siglo (Dubos, 1975; Illich, 1978; Szasz, 1979; Waitzkin, 1983, 1989). Razón por la cual actualmente se ha ido adoptando un concepto amplio y multicausal de la salud, como refleja la definición de la OMS expuesta en el párrafo anterior. Paralelamente, algunos sistemas sanitarios, como el SSPA, han evolucionado del mismo modo, cambiando por completo su filosofía, su modelo organizativo y su forma de actuar. Si el estado de salud no consiste sólo en curar la enfermedad o la lesión, sino que depende de otros muchos factores, entonces deja de tener sentido que el SSPA responda a criterios estrictamente médicos. Generar un ambiente sano es tarea de la sociedad en su conjunto. En consecuencia, el sistema sanitario debe tener al ciudadano como su centro de gravedad. La prevención, la educación sanitaria y la creación de mecanismos de participación pasan a tener tanto peso como la curación. Garantizar que los usuarios evalúen y definan la política sanitaria pasa a ser una medida de la calidad del sistema tan importante como disponer de los últimos adelantos tecnológicos o de personal

formado en las terapias más avanzadas.

Ahora bien, el cambio en el sistema no depende sólo de la voluntad de quienes lo impulsan. Para que sea efectivo debe calar en los ciudadanos, en los gestores y por supuesto en los profesionales sanitarios. Sin embargo, es de este último colectivo de quienes se puede esperar mayor resistencia. Después de todo, son los profesionales, y muy especialmente los médicos, quienes anteriormente dirigían la política sanitaria, la cuál se planificaba únicamente a partir de sus criterios. Verse desplazados de esa posición de privilegio supone perder estatus y capacidad de influencia en la sociedad. Resulta entonces probable que se muestren reacios a un cambio de esta naturaleza. Si esta situación se produce, si la visión de la política sanitaria de los profesionales no se ajusta a la nueva filosofía del SSPA, entonces cabe afirmar que el cambio no se ha completado. Lo que equivale a decir que el sistema se encuentra en transición entre dos modelos.

Los resultados de este estudio reflejan que actualmente el SSPA está inmerso en este escenario. Muchos de los profesionales del SSPA conservan una concepción principalmente médica de la política sanitaria, lo cual contribuye a producir situaciones conflictivas y a impedir un funcionamiento óptimo del SSPA, incluida la formación de los residentes. El mantenimiento de una cultura sanitaria de tipo conservador por parte de los trabajadores del SSPA se debe principalmente a dos causas. Por un lado, a los estudiantes, especialmente los de la carrera de medicina, se les continúa transmitiendo la concepción clásica y médica de la salud, generando en ellos unas expectativas que no se cumplen en la residencia. Por otro, a que un porcentaje muy importante de la plantilla del SSPA ha sido formada en el modelo sanitario tradicional y ha desarrollado la mayor parte de su carrera profesional siguiendo sus principios, que en buena medida continúan reproduciendo por inercia en su práctica cotidiana. La primera frustra a los residentes, perjudicando su trabajo presente y quizá también futuro. La segunda puede provocar situaciones injustas entre internos, como se verá más adelante. Este capítulo está dedicado a indagar en ambas dimensiones de la problemática, tal y como han sido descritas.

4.1. La cultura sanitaria de los residentes: permanencia de concepciones tradicionales

A pesar de que acudieran desde todos los puntos de Andalucía y de centros con características muy distintas, los discursos de los residentes que participaron en los grupos de discusión coincidieron en algunos puntos clave. Lógicamente, se produjeron diferencias que matizaban las posiciones de unos y otros, especialmente respecto al momento de la formación y a la carrera estudiada. En efecto, los grupos de residentes a comienzos de su formación y los de MIR produjeron un discurso más próximo a concepciones médicas tradicionales. Esto nos indica dos cosas. Primera, que en estas carreras no ha calado el modelo social de la sanidad, ya que son los internos que más frescos tienen sus estudios universitarios quienes con más beligerancia defienden la visión clásica de la salud, aunque según avanzan en la residencia parecen ir asumiendo, siquiera parcialmente, la nueva filosofía del SSPA. Segunda, que la medicina es el campo que más se resiste a adaptarse a las nuevas concepciones, algo lógico teniendo en cuenta que son los médicos quienes más poder y privilegio pierden con el cambio. Así pues, aunque existen motivos para ser optimistas, cabe afirmar a tenor de los resultados del presente estudio que la cultura sanitaria de los residentes, principalmente la de los MIR, permanece en buena medida anclada en las concepciones tradicionales. Esto puede observarse en cinco dimensiones principales:

1) Hospitalocentrismo: con este término nos referimos a la tendencia de los residentes a considerar el hospital como el espacio central de la asistencia sanitaria, en torno al cual giraría todo el sistema. La atención primaria se encontraría, en consecuencia, subordinada a la hospitalaria. Prácticamente todo el debate en los grupos tenía como referencia el hospital. Los únicos momentos en los que los centros de salud o de especialidad aparecían en las discusiones fueron bien de forma complementaria o negativa, a modo de crítica. Por ejemplo, en uno de los grupos se discute la pertinencia de las rotaciones de ciertas especialidades por los centros de salud. La mayor parte de los participantes no veían utilidad alguna a rotar por la atención primaria, ya que no observan relación entre el tipo de asistencia que se realiza en los centros de salud y sus futuras labores como especialistas más allá de conocer básicamente como funciona este otro servicio del SSPA. No aprecian que puedan aprender nada realmente provechoso de dicha rotación, puesto que la visión general o el trato con los pacientes (que como se comentó en el

capítulo anterior son dos carencias que los residentes identifican en su formación universitaria) pueden adquirirse en las urgencias hospitalarias. Lo que es peor, los residentes que rotan por los centros de salud antes que por los hospitales están, a su juicio, peor formados que el resto de sus compañeros. En suma, las rotaciones por atención primaria deberían limitarse a los futuros médicos de familia, que son los únicos que van a aprender algo en ellas, siempre, eso sí, que hayan pasado previamente por el hospital. Para el resto supone sólo una pérdida innecesaria de tiempo y esfuerzo:

M: Es una cosa más para la gente de familia, porque a nosotros en Cádiz nos están obligando a rotar...Yo creo que a todos los residentes de Andalucía, por primaria.

M: Nos están obligando a hacer rotatorios por primaria.

M: Por primaria dos meses que a mí no me parece que eso sea útil...yo creo que con un mes sería suficiente.

M: Yo es que de otorrino no se como está eso a ayudarme a mi especialidad, por ejemplo.
Grupo 1

¿Cómo responden a estos discursos los médicos de familia? Evidentemente, los MIR de esta especialidad defienden la necesidad de que todos los residentes roten por los centros de salud. Sin embargo, las razones que esgrimen resultan sorprendentes:

M: Yo creo que también entre otras cosas aparte de ver la cartera de servicios del centro es ver también cuando se deriva a un hospital.

H: En que condiciones se deriva...

M: Exactamente...

M: Un paciente que has derivado a un otorrino, con que medios cuentas en el centro de salud y porque si no tienes medios suficientes o porque no tienes claro el diagnóstico o cuando no va bien con un tratamiento lo mandas. Igual que a nivel de oftalmología igual que a nivel de cardiología...

Grupo 1

Como puede observarse en la cita, el centro de salud se considera un paso previo a la derivación a los hospitales. En ningún momento se plantea que la atención primaria sea tan importante como la hospitalaria. La centralidad del hospital no se discute, se asume tácitamente. La asistencia en los centros de salud se valora sólo en relación a la que se realiza en los hospitales. De hecho, son los propios médicos de familia quienes afirman que la suya no es verdadera medicina. Están de acuerdo con el resto de asistentes al grupo cuando éstos defienden que todo médico de familia debe pasar primero por el hospital, porque para tratar a un paciente un médico ha de tener la experiencia de la medicina interna y las urgencias hospitalarias:

M: Sí pero el problema es que es así todos los residentes, por lo menos en mi hospital, estaban en interna. Qué pasa, que estaba saturadísimo el servicio. Pues ¿Qué pasa? ¿Quién mandamos fuera? Primero los de familia que roten por el centro de salud y cuando se vayan los demás entramos los de familia, por lo menos esa es la impresión que me ha dado a mí. Ya todo el mundo ha terminado en interna y empezamos nosotros ¿Qué pasa? Que se nota. O sea, no es lo mismo...sí ves cuarenta pacientes al día, cada cuatro minutos estresadísimo, vale lo que tu quieras pero no aprendes medicina. Aprendes medicina cuando tu te implicas con el paciente, lo sigues en la planta, ves como se altera la enzima tal y ves como está el paciente, no es lo mismo.

H: Para que tu veas un paciente en cinco minutos y sepas resolverlo bien has tenido que tener una etapa en tu vida donde hayas podido dedicarle a ese tío dos horas o lo hayas dejado en la cama y te vas a tu casa, te pasas tres días estudiando y luego vuelvas y lo sigas viendo. Entonces hay pasos y

hay pasos y tú no puedes pretender de entrada entrar en una dinámica sin haber pasado por otros... Digamos has sido más lento, más observador, te lo has planteado mal. Eso es muy variable pero es que eso depende del hospital. Pero que en general si que estaría bien pues antes de estar seis meses en un centro de salud yo creo que tú en una consulta diez minutos no la aprovechas hasta que tú ya has tenido la perspectiva esa de estar en un hospital previamente habiendo tenido mucho tiempo para ver a los enfermos, para pasear por aquí, hablar con uno, hablar con otro, ver de que van las cosas. Porque en cinco minutos el trabajo que hace un adjunto...Tú te pones en puerta a ver un enfermo y tú te pasas una hora para enterarte de lo que le pasa. Y llega un adjunto y se entera en un poquito menos de tiempo seguro. Cuando tu lleves más tiempo tardando una hora pasarás a tardar un poquito menos, y entonces así cuando llegues al centro de salud lo puedes coger.

Grupo 1

Así pues, los especialistas no encuentran utilidad en rotar por los centros de salud, pero para los médicos de familia sería imprescindible formarse en los hospitales, ya que es allí donde aprenden realmente a tratar a los pacientes. Resulta claro que su discurso privilegia el hospital como espacio de la "auténtica" práctica médica. Sin embargo, una parte fundamental de la actividad cotidiana del SSPA se da en la atención primaria. De hecho, la medicina de familia es, con mucho, la especialidad que más médicos ocupan en el SSPA, hasta un total de 5.167. A ellos hay que sumar los pediatras, odontólogos, fisioterapeutas, veterinarios, farmacéuticos o enfermeros de atención primaria. Nada de esto es tenido en cuenta por los asistentes a los grupos. Es cierto que la mayor parte de la formación residencial se realiza en los hospitales, lo cual puede influir notoriamente en su perspectiva. Pero, como se ha visto, no se trata sólo de que su referencia sea el hospital porque no conozcan otros servicios del SSPA, sino que su discurso marca una jerarquía en la que la atención primaria está subordinada de entrada a la hospitalaria. Como se verá a continuación, se trata de una perspectiva fuertemente relacionada con la descrita en los dos puntos siguientes.

2) Especialismo: En una entrevista mantenida durante la fase exploratoria, la representante de una asociación de estudiantes de medicina contó una anécdota tremendamente significativa. Al acudir a la presentación del curso académico en su primer año de carrera, la primera frase que escuchó de quien les daba la bienvenida a la facultad fue la siguiente: "enhorabuena, ya estáis en la élite". Se trata de un pequeño detalle, pero que ilustra a la perfección el tipo de mensaje que los estudiantes de medicina parecen recibir desde el principio de su formación. La idea de que la medicina se encuentra en la cumbre de los saberes es muy fuerte entre el colectivo médico (Freidson, 1978), y sigue estando muy presente en las facultades, pero también en el SSPA. La sensación de superioridad que parecen tener los médicos respecto al resto de profesionales sanitarios se reproduce dentro del propio campo de la medicina. Se valoran más, como ya se dijese en capítulos anteriores, las especialidades cuanto más complejas, teóricas y concretas en su objeto. Siguiendo esta lógica, las prácticas médicas más integrales (medicina de familia, interna, pediatría) serán las menos apreciadas.

Los MIR asistentes a los grupos de discusión demostraron tener fuertemente internalizada esta jerarquía de valores. De ahí la centralidad del hospital en su visión del SSPA, comentada en el punto anterior: es en el hospital y no en el centro de salud donde se formarán como especialistas. También se desprende de ello su malestar con las prácticas que les alejen de una formación focalizada en su especialidad:

H: (...) La solución bueno, por supuesto, es agregar más médicos, la solución momentánea yo creo que pudiera ser que incluso a veces los R superiores traten más bien después que han pasado por esta parte pasen por allí. Pero es una solución que siempre va en detrimento del médico y del paciente porque también es cierto que un médico ya R3, R4 también está viendo otras enfermedades. Me parece que es una inversión que es tirarla al suelo porque está invirtiendo un otorrino, por ejemplo, o un médico de familia, o un internista para a lo mejor ver un abdomen agudo. Entonces las cosas como que no están tan claras.

M: Exactamente, también entiendo que un R3 de otorrino esté viendo un dolor torácico pues a lo mejor, no se, es un poco perder el tiempo para él como formación porque... O sea, yo veo bien que rote

por... No se por donde rotáis otorrino, por ejemplo, o de ojos, pero un R3 de ojos, viendo críticos, por ejemplo, viendo un abdomen agudo, viendo una... Yo que se, no veo que para su formación sea bueno.

Grupo 1

Por mucho que sean conscientes de necesitar también una concepción global del paciente, consideran una pérdida de tiempo y energía las actividades que les impidan centrarse en la formación como especialistas, incluyendo hasta las de medicina interna. “Estamos para formarnos como especialistas durante estos cuatro o cinco años de la especialidad” dice uno de los MIR que acudieron a los grupos, resumiendo las expectativas de la mayoría del colectivo respecto a la residencia. La formación más genérica que proporcionan las urgencias o la medicina interna pueden ser aceptables en los primeros estadios de la residencia, pero no como R3 o R4 y desde luego no cuando sean profesionales de pleno derecho. En ese sentido, toda práctica asistencial que implique que el especialista salga del margen de su campo es rechazada, e incluso les escandaliza. Hasta los propios médicos de familia llegan a tener complejo de ser peores médicos que sus compañeros:

M: Yo tengo la sensación de que cuando llega un especialista es como que el paciente es mi vida, me estudio la historia de arriba abajo, no hay ni un solo detalle que a mí se me pase. Porque además como te va a llamar y te va a preguntar hasta que número de neutrófilos tiene, “tiene este, lo otro”.

Grupo 1

H: (...) Los médicos de familia somos algo especial porque somos un poco mojoncillos dentro del hospital, pero cuando va un estudiante ya es la repera, ponte allí el último y ni me mires.

Grupo 2

El especialismo, en el sentido mostrado, es un rasgo propio de la cultura sanitaria de los MIR. El discurso del resto de residentes no pone tanto énfasis en la necesidad de una formación especializada. Como ya se expusiera, los internos no médicos están reivindicando un espacio propio dentro del SSPA, que se tenga en cuenta su especificidad, que se reconozca su aportación, algo que en su opinión no siempre se produce. Piensan que el SSPA sigue estando excesivamente orientado hacia los médicos, hasta el punto que en muchas ocasiones “residente” es sinónimo de MIR. Por su experiencia, las especialidades no médicas parecen reducirse a veces a la invisibilidad:

M: Realmente los médicos son los que tienen el peso en el hospital y se nota mucho, nosotros... bueno yo cuando entre.... bueno todavía en todos los papeles yo soy MIR y yo decía: no, no es que yo no soy MIR yo soy FIR... bueno no da igual tu MIR... entonces y todos los cursos que nos ofreces el SAS y todo están dirigidos a los médicos el resto pues eso llegan se presentan todo el mundo, bueno ¿de qué especialidad eres? ¿sois médicos? ¿todos sois médicos de familia? Pues no mira, aquí hay una psicóloga yo soy farmacéutica, entonces no, no nos tienen en cuenta a la hora de organizar cursos, a la hora de... por lo menos en nuestro hospital en mi caso no... yo para todo... ¡hasta en la bata poner MIR, vamos! No existe, no existe el FIR...

Grupo 3

De hecho, creen que el SSPA todavía funciona según un sistema de privilegios casi aristocrático, por el cual no sólo los médicos tienen prioridad sobre todos los demás especialistas, sino que se formarían “castas” dentro del propio campo médico (en función del prestigio asociado a sus diferentes especialidades). Sin embargo, los internos no MIR asumen esta realidad con cierta filosofía. Incluso prefieren aprovechar la situación para enriquecer en lo posible su formación, lo que apunta a una actitud abierta y predispuesta hacia un aprendizaje amplio que contrasta vivamente con el énfasis de los médicos en la especialidad. Esto, hay que insistir, no significa que los residentes no MIR renuncien a encontrar su propio espacio en el SSPA. De hecho, el único punto del discurso de los internos no médicos que recuerda, aunque vagamente, al especialismo de los MIR fue el énfasis con el que defienden su profesión, casi siempre contra lo que interpretan como pretensiones de los médicos por ejercer una posición de poder que éstos considerarían suya por derecho:

M: Sí, yo tengo una experiencia también muy parecida a la tuya porque como el contacto es tan íntimo y tan estrecho en paritorio y te tienes que poner de acuerdo con los residentes de primero para ver cómo hacer los partos, pues... Es complica la relación porque ellos se creen con todo el derecho de hacer los partos naturales. Que sí, que yo sé que tú tienes que aprender, pero que en mi futuro mi profesión será esa y la tuya no será hacer partos naturales, tu profesión será ver patologías del embarazo y otras cosas. Entonces ellos tienen ahí un liderazgo y un... no sé.

H: Pero sobre todo hacen el parto de las nueve de la noche, en el de las cinco de la mañana no...
Grupo 3

En suma, los residentes no MIR han perdido el miedo a enfrentarse a los médicos, aunque en su perspectiva la especialización tenga una importancia mucho menor que en la de los MIR.

3) Énfasis por curar lo grave: Como consecuencia del hospitalocentrismo y el especialismo de los residentes, principalmente de los MIR como se ha venido diciendo, éstos entienden que la prioridad del SSPA, y por tanto de su propio trabajo, es la curación. Lógicamente, si debe prevalecer la curación como criterio, el paciente con dolencias más graves es el que más atención requiere. Es por ello que muestran su descontento con los pacientes que acuden a las urgencias sin que, a juicio de los residentes, sus síntomas lo justifiquen. En su opinión, esta conducta provocaría la saturación de un servicio que consideran debería reservarse para “lo realmente importante”:

H: Que el problema yo lo veo más en el volumen de cosas no graves que tiene que absorber el sistema y se colapsa, entonces cuando llega alguien grave o alguien con problemas urgentes de verdad, o algún problema para consulta, da igual que no sea en urgencias, hay una bolsa de cosas no importantes que es lo que vemos en la consulta cosas no importantes, no sé el ochenta por ciento de las patologías...

H: Es eso lo que ella ha dicho, que esos temas no importantes deben ser atendidos por su médico...

H: Claro...

H: Tu tienes un médico que te atiende los problemas de salud sea banal o sea grave...
Grupo 2

Esta distinción entre “lo banal” y “lo grave” es central en la cultura profesional de los MIR, y demuestra claramente, en nuestra opinión, que la formación de los médicos continúa anclada en las concepciones clásicas de la medicina científica. El modo en que los MIR asistentes a los grupos relegaron a un segundo plano de importancia la atención a los problemas de salud cotidianos así parece indicarlo. No es de extrañar entonces que la medicina de familia, y en general la atención primaria, sea considerada como un ejercicio profesional menos importante, poco atractivo para un médico. En su opinión, el centro de salud está para ver “chorradas”, cosas para las que no merece la pena emplear los recursos del hospital, que sería el lugar donde se practica la verdadera medicina, esto es, donde se curan las patologías de gravedad.

Sin embargo, la realidad del SSPA no tiene porqué responder a las prioridades que los médicos establecen. Se recordará que los asistentes tenían dificultades para tratar pacientes pluripatológicos, que en la práctica, y según sus palabras, son la mayor parte. Del mismo modo, también manifestaron no saber tratar problemas básicos:

H: Eso es un error tremendo porque yo llego a un centro de salud ahora que acabo de aterrizar, como quien dice porque de RI, estás un poco perdido, acabo de aterrizar y es que me estoy dando cuenta de que sí, que la clínica que has podido aprender en el hospital no tiene nada que ver con... sirve para enfocar un poco los problemas que no conozco porque sí sé tratar una plaqueta hipertensiva pero

no sé tratar cifras medio normales de tensión arterial, o sea hay problemas básicos que no sé tratarlos porque estoy acostumbrado a unas urgencias y no...

Grupo 2

Al estar su formación enfocada hacia la asistencia hospitalaria en general, y hacia las urgencias en particular, los MIR desarrollan sus habilidades y conocimientos principalmente sobre las dolencias graves. En cambio, se ven incapaces de tratar a los pacientes que presentan patologías comunes, aquellas que, en realidad, constituyen el grueso de la demanda del SSPA y que, paradójicamente, los mismos MIR llegan casi a despreciar. Sin duda se trata de un problema en su formación que se origina en la carrera, pero que no termina de ser solucionado en la residencia.

4) Negación de la capacidad de decisión a los pacientes: Uno de los temas más debatidos en los grupos de discusión -una vez más, sobre todo en los de MIR- fue el cambio en la cultura de los usuarios del SSPA. Los residentes atacaron ferozmente a sus mismos pacientes, de quienes tienen una concepción extraordinariamente negativa. Ésta se muestra principalmente en dos grandes críticas hacia la conducta de los usuarios. Ambas tienen en común el rechazo hacia las nuevas concepciones societales de la salud, como se verá a continuación.

En primer lugar los MIR critican a los pacientes porque, según su criterio, abusan de los recursos sanitarios. Por ejemplo, al acudir a las urgencias hospitalarias con problemas que realmente no serían propios de las mismas por ser poco graves, o lo que para ellos es lo mismo, poco importantes. Es decir, competencia de los centros de salud. Las urgencias hospitalarias se saturarían así innecesariamente, pues si los pacientes estuvieran “realmente enfermos” no esperarían el tiempo que habitualmente requiere ser atendido en dicho servicio:

M: La misma historia... a las siete de la mañana con un grano en la barbilla que no mejora. Pero: “¿tú qué estás haciendo aquí?”, “es que tengo un grano, es que me aprieta y me duele”, pues no te aprietes. Es que es simple, es que yo no lo entiendo. Es que ese tipo de chorradas en el centro de salud se solucionarían, porque además es mucho más tranquilo, más relajado te puedes dedicar al paciente un rato más. Pero en la puerta con un grano que no mejora, yo cojo y lo suelto, vamos. (...)

M: Pero es que yo no estoy de acuerdo con eso de las horas. Es que un paciente que realmente está malo no va a esperar en la puerta de urgencias tres horas.

Grupo 1

Los residentes llegan incluso a sospechar que muchos usuarios utilizan las urgencias para evitar la espera en las citas con los especialistas. Este sería, sin embargo, el caso extremo, en tanto refiere al servicio sanitario por excelencia desde el punto de vista de los residentes. Pero sería aplicable a cualquier otro servicio del SSPA. Los usuarios abusarían, siempre en opinión de los internos, de todos los recursos del sistema. Desde lo más cotidiano (como pedir que les sean realizadas más pruebas de las que serían estrictamente necesarias para diagnosticar sus problemas de salud), hasta lo más anecdótico (como usar las ambulancias para hacer más cómodos sus desplazamientos a las instalaciones del SSPA). Y es que, a ojos de los asistentes a los grupos, la ciudadanía no es consciente de lo que cuesta la sanidad pública, razón por la que se incurre en ese “despilfarro”. De ahí que algunos residentes propongan hacer pagar a los usuarios una cantidad, aunque fuese simbólica, de dinero. Así, argumentan, se evitaría que los usuarios acudiesen al SSPA por problemas que no fueran verdaderamente merecedores de recibir asistencia:

M: ¿Pero tú sabes como se acababa eso? Si tu le dices a la gente que deposite un dinero y si realmente mereciese la pena se le devolvía sino no. Si una persona va porque le duele la garganta y eso es curable, por ejemplo, en el centro de salud, porque las guardias del centro de salud quitarían muchísimo de puerta. La guardia en centros de salud es que es... De verdad, nosotros hacemos guardia en centro de salud y es que la guardia de centro de salud tu ves millones de amigdalitis, faringitis, de resfriados y hay mucha gente no saben que eso existe. Y se plantan en la puerta. Y a mi me parece, de verdad, pérdida de dinero...

Grupo 1

Sin embargo, los internos creen que la auténtica causa del problema no residiría en la falta de conciencia de los usuarios sobre los costes de la sanidad pública. Se trataría de algo anterior, más profundo: la cultura sanitaria de los usuarios. El consumo de bienes sanitarios ha crecido mucho en las últimas décadas, cambiando las pautas de comportamiento de la ciudadanía respecto a la conservación de la propia salud. A juicio de los participantes en los grupos de discusión este cambio ha sido negativo, ya que ha hecho crecer exponencialmente la demanda de atención sanitaria, desbordando la capacidad del SSPA. Actualmente, en opinión de los internos, la población solicita asistencia en cuanto sienten cualquier dolencia, cualquier malestar por pequeño que sea: todo lo que desde su perspectiva se considera “trivial”. Alentados por los mensajes de los medios de comunicación y los responsables políticos, los ciudadanos nos habríamos hecho a la idea (equivocada en opinión de los residentes) de que tenemos que ir al médico por todo:

H: Lo que pasa que yo creo que se han creado unas necesidades sociales que nosotros somos los que lo pagamos cuando nosotros no las hemos creado. Nosotros a la sociedad le hemos dicho: “que no tiene que pasar dolor, que no tiene que sufrir nada, que ante cualquier mínimo dolor torácico tiene que ir a la puerta del hospital, que ante cualquier fiebre que dure dos días tiene que ir a la puerta del hospital, que si el niño tiene dos días mocos tiene que ir a la puerta del hospital”, y todo eso nos lo comemos nosotros. Es algo que la sociedad ha creado que la mayoría de las veces son una tontería pero que te lo tienes que comer tú. Entonces ahora viene un tío con treinta años que le duele aquí porque se ha dado y cuando se aprieta le duele, pero como le duele el pecho y le han dicho en las noticias...

M: Y si el vecino se murió el año pasado...

M: Con ochenta años, diabético, hipertenso y le dio un infarto pues entonces el se cree que le está dando un infarto también. Uno con treinta años que ni fuma ni bebe más sano que una pera. Es que de verdad y se lo creen, realmente se creen que le está dando un infarto.

Grupo 1

Como se desprende de la cita anterior, en opinión de los asistentes a los grupos la necesidad de acudir a los servicios sanitarios por cualquier problema de salud habría llegado a tal punto que realmente creemos que estamos más enfermos de lo que realmente lo estamos. En este sentido, los residentes creen que se ha perdido una cultura más responsable para con los recursos sanitarios, más capaz de distinguir entre “lo importante y lo leve”, tal y como “sabían nuestras abuelas”. Por eso, abogan por una educación sanitaria que recupere ese comportamiento como la mejor fórmula de descongestionar los servicios del SSPA. Podría debatirse el papel que la propia medicina ha tenido a la hora de fomentar este supuesto sobreconsumo de bienes sanitarios, pero por el momento quedémonos con las críticas de los residentes hacia el fenómeno en sí.

La segunda gran crítica a la conducta de los usuarios debatida intensamente en los grupos atañe precisamente a la relación de los profesionales con los pacientes. Los residentes se quejaron repetidamente de los comportamientos de los usuarios en el SSPA. Los internos se sienten maltratados, o al menos tratados con poca educación, e incluso comentan en varias ocasiones el aumento de agresiones al personal sanitario. En su opinión, una de las causas de esta situación reside en las desmesuradamente altas expectativas que se habrían depositado en el SSPA, de modo que cuando éstas no se cumplen el ciudadano se frustra y lo paga con el profesional, que es el rostro del sistema para el usuario:

H: Ya pero el problema de eso es que quién soporta la carga de eso, porque sobre el papel todo está muy bien, pero... tú tienes derecho a reclamar y tienes derecho a una serie de cosas, pero luego al final... ¿quién soporta la carga de eso?

M: Pero toda esta situación se está llegando a un nivel de crispación del paciente, y claro de los profesionales también que siempre tendemos a defendernos, porque la cantidad de agresiones...

H: Pues eso refiero que tu tienes que asumir la carga de...

M: Porque eres tu quien da la cara con el paciente entonces tienen tu al paciente delante entonces el te pide a ti una explicación, y entonces tu como buenamente puedes intentas explicárselo y ellos no lo entienden y entonces eso da lugar a la ira, la crispación y a al intentar, pues eso, pues agredirte verbalmente o...

Grupo 2

Los internos creen que esta actitud agresiva de los pacientes está condicionando, además, sus prácticas profesionales, empujándoles a lo que llaman “medicina defensiva”, es decir a realizar todas las pruebas que sean necesarias para evitar conflictos, incluso aquellas que demanda el usuario pero que el médico está seguro que éste no necesita. Curiosamente, es una perspectiva que comparten todos los internos, tanto los médicos como los no médicos.

En cualquier caso, el verdadero origen de ambos problemas está, según el criterio de los asistentes, es la decisión del SSPA de empoderar a los pacientes, o lo que es lo mismo, el paso de considerarlos pacientes a usuarios. De ahí que no dejen de recurrir a la idea de los derechos de los pacientes cuando atacan los comportamientos de éstos, como puede verse en las citas anteriores. Si nos fijamos atentamente, las dos críticas descritas tienen un punto en común: considerar que los ciudadanos no tienen criterio en temas sanitarios. Se recordará que los internos piensan que los usuarios no saben lo que cuestan los recursos sanitarios, ni si están realmente enfermos o no, que piden pruebas sin saber si realmente les hacen falta o que son depositarios de perspectivas que otros -los medios, la política- han introducido en ellos. En otras palabras, el ciudadano medio es visto bien como un completo desconocedor de todo lo referente a la salud y el SSPA, bien como un receptor pasivo, que sólo reproduce lo que otros le han dicho. En cualquiera de los dos casos se incapacita al usuario para tener voz en la gestión de la salud, aunque sea la propia.

Y si el ciudadano no tiene criterio, alguien debe tenerlo en su lugar. Obviamente, lo que proponen los residentes es que sean los profesionales quienes asuman esa responsabilidad, como se hacía antaño. Se reclama el derecho del profesional a planificar la asistencia que necesita cada paciente, gestionando los tiempos y recursos que requiera cada caso, siguiendo sólo su propia visión, la que proporcionan la experiencia y el conocimiento:

H: Yo con respecto a eso si tengo una cosa que añadir y es que la gestión del tiempo en la consulta la hacemos los propios médicos, entonces la ventaja de ser médico de familia es que el paciente es tuyo y si en un día solo tienes cinco minutos y no tienes tiempo para explorarle, para preguntarle alguna cosa, lo citas. Lo citas al día siguiente, lo citas dentro de dos semanas, cuando haga falta, para volver a verlo. No son cinco minutos como tal, sino cinco minutos prolongado en el tiempo y todo el tiempo que tú quieras, eso por un lado.

Grupo 2

Es una de las razones por las que critican la excesiva carga de trabajo a la que, a su juicio, están sometidos: al tener que atender a un número de pacientes que entienden demasiado alto, no tienen el tiempo de planificar y preparar un plan específico para cada uno de ellos. Más aún, el profesional debe tener la prerrogativa de priorizar el orden de atención de los pacientes e incluso si merece realmente la pena o no utilizar ciertos recursos:

M: Y ahora le está dando otro, con ochenta y cinco años ¿Qué hacemos? Esa persona realmente, o sea, si tu lo piensas fríamente, ya por puro tema económico ¿se merece otro TAC? Porque ¿Qué van a salir? múltiples infartos. Es que esa persona no se merece un TAC, pero es que no se lo merece porque es que no le va aportar nada a su calidad de vida, porque ya su calidad de vida está tan deteriorada que es que no hace falta un TAC nuevo.

Grupo 1

Así pues, los actuales residentes continúan manteniendo una posición conservadora en cuanto a la participación de los ciudadanos en el SSPA, y por tanto ante la idea del usuario como centro del mismo.

5) Culpabilización de la política sanitaria: Dado que los pacientes no tienen, en la perspectiva de los asistentes a los grupos, capacidad para pensar el SSPA, alguien tiene que haber expandido la nociva idea de que los pacientes tienen derechos: los políticos, los responsables del SSPA. Teniendo en cuenta que son contrarios a la filosofía vigente en el SSPA, es de esperar que señalen como culpable último al organismo que la ha impulsado. En su opinión, la nueva concepción social de la salud responde, en última instancia, a la búsqueda de votos, en lugar de a criterios técnicos. Es decir, que se subordinaría el SSPA a la conquista o conservación de poder de unos pocos. La sanidad “vende”, y por eso los políticos la utilizarían en función de intereses que son ajenos al SSPA:

H: La salud es un derecho y que como un alto porcentaje de los presupuestos del estado se van ahí, pues puede ser un arma política, entonces todo el mundo vende política, todo el mundo quiere conseguir votos a costa de mejorar la salud. Entonces empiezan las promesas y a vender cosas. Entonces al ciudadano desde hace mucho tiempo ya le tienen claro que a él en su cartera tiene un carné que le acredita para tener derecho a que le limpien los zapatos en la puerta de urgencias porque es que yo pago el sistema de salud.

Grupo 1

En concreto, los residentes señalan a la política de calidad de la administración andaluza como la gran causa de las dificultades del SSPA, por orientar su gestión antes hacia la imagen que a solucionar realmente los problemas, especialmente si se hace a costa de sus condiciones laborales, como creen ellos. En general, piensan que este tipo de medidas son pura propaganda, publicidad para captar votos, pero que encubre injusticias y una mala organización real. Y sobre todo, tienen la seguridad de que estas políticas están alimentadas por objetivos poco honestos porque se prometen cosas que no se pueden ofrecer realmente:

H: Luego una cosa que tú has tocado es lo de las reclamaciones, yo creo que ahora las reclamaciones están muy a la orden del día en cualquier aspecto, pero, vamos, encadenando con lo que tú has dicho es que están totalmente en su derecho de reclamar algo que se les brinda, se les brinda la posibilidad de acudir por cualquier motivo a las urgencias, a acudir, a demandar una serie de prestaciones y servicios que se les promete, propaganda electoral o no, pero se les promete y la realidad es que no se le pueden dar, con tanta calidad y con tanta seguridad ni con...

Grupo 2

Así, los internos se sienten atrapados. A ojos de los pacientes representan a una institución que afirma disponer de unos servicios con unas calidades determinadas que no siempre son reales. Esto frustraría a los usuarios, los irritaría, pagando los trabajadores las consecuencias. No sabemos hasta que punto esta percepción responde a la realidad. Lo que es seguro es que los residentes tienen una gran predisposición negativa hacia la dirección del SSPA. Lo cual, como ya se verá, tiene reflejo en su valoración de otras políticas.

Los cinco rasgos o dimensiones de la cultura de los residentes examinados en las anteriores páginas (el hospitalocentrismo, el especialismo, el énfasis en la curación y en las patologías de gravedad, la negación a los pacientes de la capacidad de decisión en materia sanitaria y la crítica a la política de empoderamiento de los ciudadanos) tienen un mínimo común denominador: chocan frontalmente contra la concepción compleja de la salud y la nueva filosofía del SSPA. Los residentes se mantienen fieles a las visiones clásicas de la salud y lo sanitario, especialmente en lo tocante al papel del profesional y el ciudadano en el SSPA. Esto no significa que sus discursos mientan o que no reflejen la realidad tal y como es. El hospital no deja de ser un elemento clave dentro del SSPA. La formación de especialistas es desde luego necesaria. Es muy posible que la población no sea en ocasiones consciente del coste de ciertos recursos que, quizá, no necesiten tanto como piensan. Por supuesto, el paciente debe ser respetuoso y correcto en su trato con el profesional sanitario. En suma, no se trata de que, al hacer afirmaciones como las expuestas en este punto, los residentes no tengan su parte de razón. El problema es lo que olvidan. Olvidan que si un paciente demanda y es exigente es porque tiene derecho a serlo. Olvidan que los ciudadanos no son entes pasivos, sino sujetos activos y conscientes, más que capaces de tener voz propia en cuanto a lo sanitario en general y a su salud en particular (Castro Vásquez, 2006;

Serrano Del Rosal y Biedma, 2005). Olvidan que en la atención primaria se realiza un servicio tanto o más importante que el que se procura en los hospitales. Olvidan que la educación sanitaria sirve para algo más que disciplinar a la ciudadanía en la visión del profesional. Olvidan todo ello y muchas otras cosas que bien ignoran, bien desprecian. Por ejemplo, que la salud también depende de la autopercepción de la misma o del medio ambiente natural y social, variables que no aparecieron en ningún momento en sus discursos. Es por no tener en cuenta otros puntos de vista que puede decirse que su visión es parcial, reductiva, incompleta. Se trata de una cultura sanitaria superada, pero que continúan defendiendo con firmeza.

Volviendo a las entrevistas exploratorias, una representante de médicos postgraduados y en formación comentaba que “mis padres son de pueblo, llegan al médico una hora antes para no hacer esperar, si el médico llegaba tres horas tarde, pues llegaba... bueno, eso tampoco tiene que ser así, pero sí otra mentalidad, aquí en Sevilla lo he notado, que la gente llega más demandando cosas”. Afirmaciones como ésta son las que nos inclinan a pensar que el factor que con más fuerza influye en la conservación de una cultura sanitaria tradicional en los futuros trabajadores del SSPA es la pérdida de estatus. Al situar al usuario en el centro del sistema, se desplaza del mismo al profesional, mas ningún colectivo cede poder voluntariamente y sin pelear por mantener su posición. De ahí la resistencia de los profesionales sanitarios a aceptar la nueva filosofía social del SSPA. De todos modos, no se puede olvidar que si los internos mantienen una cultura sanitaria conservadora es porque en la universidad se les enseña. Resulta comprensible su frustración, pues es lógico que les impacte encontrar en el SSPA una realidad diferente a la que pensaban, para la que no están preparados. No es menos cierto que la formación residencial tampoco está siendo suficientemente capaz de cambiar su mentalidad, o al menos de ampliarla. Quizá porque las personas encargadas de formarles comparten esa misma cultura, o porque no resulta sencillo cambiar una visión que han asimilado durante los muchos años de estudios universitarios. En cualquier caso, lo que parece cierto es que en las facultades, principalmente las de medicina, se mantiene la concepción clásica de la salud y lo sanitario, la cual continúa siendo transmitida a las nuevas generaciones de alumnos. Puede que esto se deba a que la universidad es el baluarte de la profesión, una institución completamente autónoma y a menudo celosa de la independencia de su campo de conocimiento. En consecuencia, es de esperar que sea allí donde se resista con más fuerza a aceptar una filosofía que, en última instancia, supone que la profesión pierda poder y privilegio. Sea como fuere, es un problema muy importante para el SSPA.

Sin embargo, también hay motivos para ser optimistas. Aunque escasos y dispersos, en los grupos también se produjeron ejemplos de un discurso que paulatinamente hace suyas las nuevas concepciones. Al menos parcialmente, puesto que nunca llegó a consolidarse una perspectiva completamente renovadora. Las intervenciones en un sentido cercano a la nueva perspectiva sanitaria del SSPA nunca se desprendían totalmente de un marco integrado en la cultura sanitaria tradicional. Por eso puede decirse que estos discursos están en transición. Al igual que sucede en el mismo SSPA, que se encuentra en transición entre dos modelos, estos discursos se sitúan entre la vieja cultura sanitaria de los profesionales y la nueva filosofía social del SSPA. Pondremos a continuación un ejemplo tomado de los grupos de discusión. En un momento del debate del grupo de MIR R1 y R2, los participantes critican la formación que reciben en el SSPA. En ese momento, uno de los asistentes plantea que afirmar que su formación es mala incurre en contradicción con el hecho de que los médicos españoles suelen tener ofertas de trabajo de numerosos países europeos:

H: El sistema es distinto pero si que salió en el periódico hace cuatro o cinco meses una encuesta a servicios de toda Europa y el 83% de los encuestados, de distintos países europeos preferían médicos españoles, decían que eran los más formados. Que es algo que contrasta con la discusión que tenemos, que nos quejamos de todo pero luego en realidad no se por qué motivo o porque la vía MIR ha sido, no sé, envidiada desde muchos países, porque no se hace así o porque se especializan o... Porque en Estados Unidos tu formación depende del hospital donde vas, lo típico que se ve en la película y es verdad. O sea tú vas a ese hospital y si te toca un buen hospital saldrás mejor y si te toca el peor pues será de pena. O en hospitales europeos, o en vías formativas europeas, pues a partir de cuarto de carrera tu ya abandonas la medicina y ya no te especializas sino que te subespecializas en algo y tu vas a hacer eso el resto de vida. Sí que es verdad, que a lo mejor, la medicina española te da una visión integrada y

evidentemente yo de aquí a diez años me dará igual lo que era un ictus cerebral y no lo sabré tratar, y no lo quiero saber tratar porque no puedo saber de todo. Y eso también lo vas asumiendo. Pero si que es curioso ver que se soliciten muchos médicos españoles, que luego como médico español harás lo mismo aquí que en Inglaterra y en Inglaterra cobrarás cuatro veces más, sí es cierto, pero es curioso que sea así.

Grupo 1

Si tan mal formados están, sería imposible que se les reclamase desde el extranjero, arguye este participante. Y tal vez esto se deba, prosigue, a que, después de todo, una formación tan especializada no sea mejor, como tiende a pensar el grupo. A continuación, va más allá en su argumento:

H: La medicina superespecialista nada más funciona en los países que tienen muchísimos recursos, en Estados Unidos funciona mucho porque la medicina social prácticamente está abandonada, allá un paciente no puede como entra aquí, “no tienes dinero, afuera, te mueres ahí en la entrada”. Aquí se atiende a todo el mundo. Eso desde el punto de vista social es mucho más profundo que lo que hace Estados Unidos. Pero en Estados Unidos se puede dar el lujo de que un chico esté sentado quince, dieciocho, veintitrés veinticinco años que se gradúa y diga como el linfocito hace la función de las vitaminas de las membranas. Claro es una locura pero, por eso tiene una medicina de primer mundo superespecializada. Pero eso no quiere decir que ellos sean mejores médicos que nosotros, porque yo quiero ver un estadounidense o un inglés en un centro de salud y cuando diga “creo que el linfocito está presente a través del cerebro”, “¡tío tu eres un genio porque...” (Risas) ¿Entiendes? a ese es al que yo quiero ver. Entonces no podemos creer que los inteligentes están allá y aquí... Sino aquí tiene una medicina socialmente mucho más desarrollada.

Grupo 1

La cita ilustra como en demasiadas ocasiones los residentes no tienen conciencia del tipo de medicina que se practica en el SSPA. El autor de la misma explicita un pensamiento que, como se ha mostrado, está muy internalizado entre los MIR: es mejor médico quien más especializado está. Lo cual, como puede observarse en la cita, es muy cuestionable. La medicina debe adaptarse al sistema sanitario de cada lugar, y no al revés. Por eso, continúa este participante, “no existe el mejor médico del mundo, existe el mejor de su zona”. Por otra parte, muchos de sus compañeros, como ya se ha visto, se quejan de tener que rotar por primaria, puesto que no le ven utilidad para su formación como especialistas. Incluso la consideran una forma de disciplinamiento del SSPA. Lo sorprendente es que el autor de las dos citas críticas con el especialismo glosadas más arriba se cuenta entre quienes defienden la inutilidad de rotar por la atención primaria, objetando precisamente que no ayuda a formarse al especialista:

H: Lo que no puede ser lo que está sucediendo, si nosotros seguimos con la teoría que vamos a llegar a un centro ambulatorio a ver amigdalitis, a ver dolores y todas las cosas, entonces seguimos perdiendo nuestra energía porque para eso la puerta sí nos enseña. Porque la puerta fácilmente nos va a enseñar un hipertensivo, nos va a enseñar durante una rotación (...) Pero la puerta tiene que pasar aunque sea una vez cada uno de nosotros, y si no cuando veáis un compañero que había hecho puerta cuando había hecho familia o cuando ya tiene una experiencia de una medicina un poco mas general, nada mas con el hecho de estar informado se nota la diferencia con alguien que ha venido así enfrascado.

Grupo 1

Es una muestra de la contradicción que presentan prácticamente todos los participantes que en algún momento se aproximaron a la filosofía social del SSPA, pero que no terminaron de superar la cultura sanitaria tradicional, ya fuera refiriéndose a las relaciones entre profesionales, a la defensa del carácter universal y gratuito del SSPA, a mantener una perspectiva abierta frente a los diferentes puntos de vista de sus compañeros o al derecho de todo paciente a ser atendido con calidad. Pese a todo, el mero hecho de que este tipo de discursos existan es de por sí esperanzador. Muestran que es posible que en un futuro las concepciones sociales de la salud y la sanidad pueden llegar a calar en los profesionales mucho más de lo que lo hacen hoy día.

4.2. La pervivencia de la cultura sanitaria tradicional entre el personal del SSPA y su influencia en la formación de los residentes

A pesar del ímpetu reformista que hayan podido tener los responsables del SSPA, cambiar la cultura de una organización es una tarea enormemente complicada. Por mucho énfasis que se quiera poner en cambiar la política, el modelo organizativo o los protocolos de actuación, siempre se depende de que las personas que integran la organización, el SSPA en el caso que nos ocupa, acepten dichos cambios, los asimilen y finalmente los pongan en práctica. Ahora bien, esas mismas personas tienen internalizada una lógica previa, una forma de entender el conjunto de la organización, su papel en la misma y de cómo realizar las tareas asociadas a su puesto de trabajo. Lógicamente, esta cultura estará más asentada cuanto más tiempo haya pasado el trabajador en la organización. Por consiguiente, los esfuerzos por transformar la organización chocan con la preexistencia de la cultura organizativa anterior. Durante un periodo más o menos largo de tiempo (cuya extensión varía dependiendo de numerosos factores) ambas convivirán, produciéndose situaciones mixtas, en las que la organización presenta rasgos de uno y otro modelo. La vieja cultura organizativa puede persistir por muchos canales, tanto formales como informales; ya sea de modo consciente (como reacción de algunos trabajadores, que rechazan los cambios) o reproducida de manera espontánea e inconsciente, a través de rutinas e inercias que ni siquiera perciben quienes las practican; bien en formas familiares o tomando otras nuevas. Finalmente, uno de los dos modelos triunfa, desplazando definitivamente al otro: o la organización cambia o el cambio fracasa y es descartado.

Los resultados de los grupos de discusión sugieren que el SSPA se encuentra en una situación como la descrita en el párrafo anterior, especialmente en cuanto a las relaciones entre los trabajadores. En efecto, a juzgar por los discursos de los residentes, en el SSPA continúa existiendo una cultura organizativa según la cual las tareas y las recompensas se encuentran jerarquizadas en función de una escala de estatus. Esta forma de organización está íntimamente relacionada con lo que en otras partes de este texto hemos denominado especialismo, la tendencia a establecer rangos de valoración de los profesionales en función del campo en el que estén especializados, premiando por encima de todas aquellas especialidades cuyo objeto sea más concreto y requiera de conocimientos teóricos más profundos o habilidades más precisas. A ello habría que unirle otros elementos, como la edad y la categoría profesional. Así, la medicina sería la profesión que más importancia tendría en la jerarquía organizativa, y dentro de la misma especialidades como la cirugía. El resto de profesiones estarían situadas en un escalón inferior, siendo los técnicos procedentes de la formación profesional los menos valorados. En otro orden, los directivos de los hospitales estarían también en la cima de la pirámide organizativa y los residentes, sobre todo los de los primeros años, en la base. Entre ambos se situarían los cargos intermedios, incluyendo los jefes de las unidades clínicas de gestión, y tras ellos los adjuntos. Cada puesto en la cadena tendría asociados unos privilegios, unas obligaciones y una autoridad que va descendiendo según se ocupa un lugar más bajo en la jerarquía.

Los residentes, como se ha dicho, estarían en la base de este modo de organización. En consecuencia, se ocuparían de las tareas más duras y tendrían el menor reconocimiento. Esta fue una de las quejas que más se repitieron en los grupos de discusión. Con la excepción de los PIR, que fueron quienes más contentos se mostraron con la actitud de sus superiores y con la residencia en general, internos de todas las especialidades coincidieron en afirmar la existencia del problema, que se manifiesta de diversas maneras. Una de las principales es la delegación de responsabilidades por parte de los adjuntos. Según los participantes en los grupos, a menudo el personal de plantilla con residentes a su cargo descargaría en estos últimos algunas de las tareas propias de su puesto de trabajo. Los internos asumirían así responsabilidades que no les corresponden, aumentando por tanto los riesgos en su práctica, pero no el reconocimiento:

H: En la puerta, todo el mundo sabe que no hay un adjunto realmente detrás tuya. El residente no tiene autoridad para firmar un alta pero desde la primera guardia la estás firmando, es la realidad. Si metes la pata, mete la pata el residente no mete la pata el adjunto, y el que va a tener un lío va a ser el residente, eso está claro, el adjunto no.

Grupo 1

Esta costumbre parece bastante recurrente, en particular respecto a las labores menos atractivas del

SSPA, como las guardias nocturnas. A pesar de que, en teoría, los residentes deben tener en todo momento profesionales a su lado, los asistentes a los grupos convinieron en afirmar que no siempre es así. Siguiendo con el ejemplo de las guardias nocturnas, los residentes comentaron que es difícil encontrar especialistas que realmente cumplan su turno, dejando a los internos toda la responsabilidad excepto en casos de suma gravedad:

H: A mi me ha pasado de R1, a mi me hicieron el contrato el 23 de mayo y el 28 me dijeron está usted de guardia, tenga el busca... y además toma tu busca...

H: ¿Pero de cirugía la guardia?

H: De cirugía, de cirugía, es usted el cirujano del hospital, y mi adjunto: no me llames si no se está muriendo el paciente... hola soy el cirujano del hospital...

Grupo 2

Empero, esta práctica no sería propia sólo de adjuntos. También las direcciones de los hospitales recurrirían a los residentes para recortar costes laborales, por ejemplo dejando que sean ellos quienes realicen las guardias solas o utilizándolos para cubrir bajas, evitando así pagar a un adjunto:

H: En el caso nuestro fue el gerente que nos intentó obligar a hacer guardias sin adjuntos a residentes. Y fue el SAS, fue gerencia quien intentó... Bueno, nos amenazó que si no hacíamos guardias pues no nos darían el título a los residentes. Y eso al final se solucionó porque hicimos mucha presión, pero en principio no quería... Ellos lo veían muy normal esto de que un residente tomara toda la responsabilidad. Vale que se aprenderá un montón, pero que creo que no es la manera de aprender así, o sea, ¿yo solo? Y al final, ¿quién tiene la responsabilidad? Decían: no, no, al final la responsabilidad no va a ser tuya, va a ser del SAS. Si, yo decía que si después pasa algo gordo el SAS me vaya a mí a cubrir las espaldas. Tal y como se está comportando yo no me fío de eso.

Grupo 4

Los residentes sienten que se les usa, según sus mismas palabras, como “mano de obra barata” y no como profesionales en formación. Porque lo que más ansiedad crea a los residentes no es tanto tener que encargarse de las labores que en realidad son propias de los adjuntos, sino tener que hacerlo solos, sin apoyos. En lugar de asumir progresivamente mayores responsabilidades, a los residentes, en especial en los dos primeros años, se les encomendaría que se ocupen en solitario de labores de peso como las urgencias hospitalarias o las guardias nocturnas. No es infrecuente que estas decisiones se justifiquen como una fórmula adecuada para formar a los futuros profesionales. Basándonos en las opiniones de los residentes habría que descartar este argumento, pues también lamentaron la dejación de funciones por parte de muchos de sus tutores. Al igual que no encuentran apoyo de los adjuntos en sus tareas cotidianas, muchos de los residentes que asistieron a los grupos criticaron la falta de implicación de algunos de sus tutores a la hora de ayudarles a orientar su formación. Profundizaremos en estos aspectos en el capítulo siguiente.

Una posible segunda muestra de la continuidad de una cultura sanitaria tradicional en el SSPA discutida en los grupos refirió a la relación con algunos jefes. Varios residentes se sorprenden del autoritarismo con el que, a su juicio, se conducen determinados cargos de responsabilidad:

H: Mi opinión sobre el sistema sanitario. En principio la idea me parece bien, el sistema sanitario de salud pública es correcto y es lo que defiendo y es en lo que creo, pero tal y como funciona el SAS me parece que utiliza una política un poco despótica, ya no porque mi jefe lo sea, sino porque toda la gente con la que me he encontrado en el hospital, a nivel de mandatarios, utilizan ese tipo de forma de trabajo, ya sean los residentes, sean los adjuntos, sean los auxiliares, enfermeros...todo el mundo está... creo que hay que reflexionar un poco el por qué de esta situación, y que se pregunten...que pregunten a la gente lo que están haciendo ahora, el por qué están de esa manera. Por lo menos, yo y muchos de mis compañeros no nos sentimos nada valorados en ese aspecto.

Grupo 4

Por su experiencia, este tipo de jefe se caracterizaría por imponer sus decisiones sin contar con ninguna otra opinión, solicitar de su personal simplemente que cumpla las tareas asignadas y mantener actitudes poco o nada comprensivas para con sus subordinados. Un modo de dirigir que consideran “antiguo” e incluso “autocrático”, impropio de una sociedad democrática. Obviamente, responsables como estos bloquearían cualquier tipo de participación de los residentes en su ámbito de trabajo, lo cual reduciría su motivación y generaría frustración entre ellos. Principalmente porque no da salida a sus dudas y peticiones, como en el caso que comenta este residente, ocurrido en la comisión de docencia de su hospital, de la que forma parte:

H: (...) O te encuentras con errores increíbles de la comisión, viene un informe de la auditoria, de un servicio determinado de un hospital que pone en la auditoria: “El jefe de servicio da trato vejatorio a las residentes y las trata de forma machista”. Y el gerente dice: “Sí, eso ya lo sabíamos, siguiente tema” (risas). Y tu te quedas así pensando, a ver, hay un jefe de servicio que como decía él, pues es el súper catadrático que tiene su reinado y que de ahí nadie lo echa porque cuesta más echarlo que mantenerlo ahí y aunque esté insultando cada día y tú lo encuentras diciéndole a las residentes: “¿tú eres gilipollas o que?”.

Grupo 1

Este tipo de actuaciones arbitrarias producen una gran insatisfacción entre los residentes y reproducen una cultura organizativa que sin duda es contraria a la nueva filosofía que se pretende introducir en el SSPA. Lo mismo sucede con un tercer aspecto que permite reconocer la permanencia de concepciones tradicionales en la organización del SSPA, ya aludido en otras partes de este texto: la falta de reconocimiento de las especialidades residentes no médicas. Este fue uno de los temas en los que los residentes no MIR más se detuvieron, criticando la escasa valoración que creen que en el SSPA se hace de su trabajo, o, desde otro punto de vista, el excesivo protagonismo que daría el sistema a los médicos. Hasta tal punto que, como se comentase unas páginas más atrás, MIR sería prácticamente sinónimo de residente. Por ejemplo, en las diferencias de oportunidades de formación o de inversión en el material de trabajo de especialidades como los PIR. Mas este tipo de actitudes también se darían entre residentes. Según los internos no médicos que acudieron a los grupos de discusión, con frecuencia sus compañeros MIR tienden a tratarles con cierta altivez, como si tuviesen preferencia en el uso de los recursos del SSPA (lo puede llevar a que se produzcan conflictos entre residentes, como el ya mentado entre los EIR y los MIR a cuenta de la competencia en los partos) o sus conocimientos fuesen más valiosos, llegando incluso a practicar el intrusismo profesional (“cuando entran en el laboratorio se convierten en microbiólogos”, comenta irónicamente un FIR de sus compañeros MIR).

Por supuesto, no todos los residentes han tenido las mismas experiencias, ni habrían padecido con la misma intensidad estos problemas. Cabe insistir que el SSPA se encuentra en transición, lo que no sólo implica que la cultura organizativa tradicional perviva en muchos sentidos, sino que también avanza la nueva. Aunque los testimonios de los residentes invitan a pensar que las tres situaciones expuestas todavía se encuentran muy extendidas en el SSPA, también reflejan que no todo el personal de plantilla delega en ellos responsabilidades que en realidad son competencia suya, ni todos los tutores se desentendían de los residentes que tienen a cargo, ni todos los jefes se comportan de un modo autoritario, ni todos los médicos demuestran aires de superioridad para con el resto de trabajadores del SSPA. Los participantes en los grupos tenían una visión bastante amplia de los centros en los que trabajan, producto sin duda de las rotaciones, que les permiten conocer con amplitud la cartera de servicios de sus hospitales y centros de salud. Por eso, también reconocen que hay tutores y adjuntos motivados, que se implican en su formación, que son comprensivos y de trato fácil, sin que ello implique una menor exigencia. El problema, claro, es que no siempre sucede así. Valga como ejemplo esta experiencia que relató un MIR asistente al grupo 1:

H: Yo cuando hice familia, yo de R2, mi tutor y yo, yo tenía la sensación de que eso sí que era residencia, el tío estaba motivado y me motivaba a mí y yo me motivaba con él. Manejábamos muy bien el cupo, entonces éramos una unidad que funcionábamos muy bien. Él me enseñaba a conocer a los enfermos, yo me enseñaba a conocer a los enfermos, el tío me contaba cosas, yo como iba a hacer guardias en el hospital teníamos ahí una vía para hacer pruebas que no se pueden hacer en un centro

de salud, yo le llevaba un artículo que me habían comentado no se qué, él me traía otra cosa de tal. (...) Después, yo estaba muy contento pero también dependía de mí como persona y de él como su persona, y yo tenía compañeros que tenían la misma situación, en teoría estructurada y el tío era un vaina y... Ea ahora toda la residencia amargados porque mi tutor unipersonal se lleva mal conmigo o no tenemos buena relación, ea pues ya se ha ido a la porra la formación de uno, la formación del otro, los pacientes todos peleados...

Grupo 1

“Depende” fue una de las palabras más utilizadas por los residentes en los grupos: algunas rotaciones se aprovechan mucho porque en ellas hay personas dispuestas a enseñarles, en otras todo lo contrario; algunos hospitales disponen de buenos servicios para rotar, pero no de otros; en algunos servicios el personal está motivado, en otros no; algunos tutores se involucran con los residentes y otros no. Depende de los hospitales, de los servicios, de las personas el recibir una formación adecuada y hacer de la residencia una experiencia satisfactoria. No es de extrañar que quienes han disfrutado de un buen ambiente formativo reconozcan haber tenido “suerte”, al menos si se comparan con otros compañeros:

M: Yo en ese sentido la verdad es que tengo mucha suerte también porque, ya os digo el equipo de allí de farmacéuticos son gente muy valiosa, continuamente están estudiando, continuamente están al día en todo, están encima de nosotros, pendientes, muy pendientes de nosotros, enseñándonos, orientándonos... (...) pero que si tengo compañeros míos, residentes de medicina y tal, que los ves corriendo todo el día detrás del adjunto preguntándole y todo el día detrás de él, ¿no? Y el adjunto de un enfermo a otro, de un cuarto a otro... pues haciendo su trabajo, pero realmente no prestan atención al residente... entonces a mí gracias a dios no me ha ocurrido pero la verdad que en ese sentido me ha ido muy bien pero sí que lo veo en compañeros míos, en otros servicios... pero yo creo que es importante que el adjunto te tiene que orientar por supuesto nosotros tenemos que estudiar exigirnos lo que pasa es que si no tienes una orientación, si nadie te explica pues...

Grupo 3

Esta diferencia de situaciones percibida por los asistentes a los grupos crea desigualdades entre los residentes. De ahí que una de las principales reivindicaciones que los internos plantearon fue la sistematicidad y el control: garantizar que los planes de formación se cumplan; que los formadores efectúan su trabajo y que lo hagan bien; que todos los residentes tengan las mismas oportunidades de formación, dotando a todos los centros de los mismos recursos y homologando los planes de estudios; y por supuesto, que los mecanismos encargados de verificar todo lo anterior funcionen y sus dictámenes tengan efectos reales. Aunque los participantes tendieron a mostrarse un tanto pesimistas en cuanto a que estas medidas se aplicasen algún día, no dejaron de plantearlas como aspiración:

H: La idea del sistema es buena, pero adolece, es lo que se ha dicho aquí, de los mismos problemas de los que adolece cualquier otra parte de la medicina o del hospital (...). Ya como adjunto, pues resulta que a lo mejor en Málaga hay gente muy buena que lo llevan de puta madre y a lo mejor en Ciudad Real, la gente es muy matá y es una mierda, y todos sabemos que pediatría en algunos lados no va bien (...) Porque aquí cada uno, hay una idea, pero en cada hospital o cada unidad docente lo desarrolla de una manera distinta. En Antequera es distinto a Jaén y pos supuesto a la unidad de aquí de Granada, en Almería es distinto, donde está la... O sea porque en un sitio, porque hay gente implicada o no ha gente implicada, en mi hospital depende cada servicio funciona de una manera diferente.

Grupo 2

Pero, ¿hay algún factor que explique esta variabilidad? A tenor de los resultados de los grupos no parece haber demasiados elementos que así lo indiquen. Si acaso, como apunta una cita anterior, las diferentes especialidades residenciales pueden tener al respecto cierto peso. Los MIR parecen ser los residentes que más padecerían la permanencia de formas organizativas tradicionales como las descritas anteriormente. Lo cual tiene sentido teniendo en cuenta que la medicina es el campo en el que históricamente se han dado con más intensidad estas tendencias, y por tanto en el que cabe esperar que el cambio sea más lento. En el otro extremo, los PIR son quienes más satisfechos se muestran con la residencia, tanto en lo referente a la relación con los tutores y adjuntos, como en los planes de formación, las ro-

taciones o la metodología de aprendizaje y la asunción progresiva de responsabilidades. Sin embargo, el resto de residentes (BIR, FIR y EIR) no mostraron una propensión clara en un sentido o en otro, ya que entre ellos hubo tanto ejemplos positivos como negativos. La especialidad, por tanto, no parece determinante para comprender la diferencia de situaciones entre unos residentes y otros.

Existe otra posible causa que, en principio, parece tener una mayor influencia al respecto. Un debate que a menudo tuvieron los residentes en los grupos de discusión se refirió, como habrá podido apreciarse, a las diferencias de motivación entre algunos de sus formadores y otros:

H: (...) En algunos servicios va mejor porque hay gente que se implica, innova y cree en eso. Y hay gente que dice, no creo, pero no cree ni en eso ni seguramente en muchas otras cosas. El que vaya bien a nivel de residencia, implica en cierto modo que va bien a nivel de asistencia, porque esa gente está motivada.

Grupo 2

Por la experiencia de los internos, este es el elemento que tienen en común todos los tutores y adjuntos que les han dado apoyo y orientación. A su vez, habría un factor del que depende la diferencia de motivación: la edad de los formadores. Una cita, cuya autora fue una de las FIR asistentes al grupo 4, ilustrará esta idea:

M: Yo no se si os pasará a vosotros, pero por lo menos en el mío, es un servicio súper activo que se desarrolló en el hospital de Málaga hace 30 años. Hay quien lleva allí toda la vida, hay adjuntos que llevan toda la vida. Y tú les preguntas algo y dices: oye, ¿podemos mejorar esto, no se qué?, y dice: yo llevo 30 años aquí, ¿me voy a poner a estudiar para 2 años que me queda?. No, esto se hace así, se seguirá haciendo así y quien venga después pues modernizará. Pero que están súper acomodados.

Grupo 4

Esta idea rondó en gran parte de los debates de los grupos. Los residentes perciben que son los trabajadores de mayor edad quienes más se resisten a innovar, quienes menos se preocupan de su formación, quienes habitualmente tienden a descargar trabajo en el interno, quienes menos se interesan por sus opiniones y quienes establecen diferencias más marcadas en función de la especialidad. Por el contrario, en los tutores y adjuntos más jóvenes apreciarían las virtudes opuestas. Los participantes apuntan que tal vez esta diferencia se deba a que los jóvenes tienen más fresca la experiencia de la residencia, por lo que serían más comprensivos con los internos; por otra parte, como anticipa la cita de más arriba, quizá los trabajadores de mayor edad, con su puesto de trabajo asegurado y una carrera profesional pronta a terminar, tengan menos interés en cambiar su forma de trabajar.

Ambas son causas muy plausibles, pero pensamos que hay una tercera más probable y que atañe al tema principal que se está tratando en este capítulo: la pervivencia de una cultura sanitaria tradicional en el SSPA. En efecto, con seguridad los trabajadores más antiguos son los que más internalizadas tienen las concepciones sanitarias tradicionales tal y como las hemos descrito anteriormente, por la sencilla razón que son quienes durante más tiempo se han conducido inspirándose en ellas y para quienes la nueva filosofía del SSPA es menos familiar. En los grupos se produjeron algunas intervenciones que refuerzan esta interpretación. Los residentes no MIR, por ejemplo, reconocieron que la tendencia que, siempre en su opinión, tienen los médicos a tratar al resto de profesionales sanitarios con prepotencia y superioridad es menor cuanto más joven es el médico y viceversa. Por otro lado, algunos enfermeros comentaron cómo las enfermeras más veteranas se muestran mucho más sumisas hacia los médicos:

M: Las matronas antiguas son matronas que no han hecho la especialidad como nosotros ahora, sino que a ella se la dan un poco como a dedo ¿no? En el servicio cuando esta una enfermera le decían: pues tú, tú que eres espabilailla vas a ser matrona, y la apuntaban en una lista donde hacían un curso de un año, que era intensivo y casi dormían allí en el hospital porque estaban... y lo hacían en un año, ¿no? (...) Entonces estas matronas tienen una filosofía de que tienen al médico un poco endiosado, todos sus conocimientos los tienen gracias a la transferencia del día a día del médico a la matrona. ¿Y ahora qué pasa? Pues que la enfermería nueva, que ya somos universitarios, que nuestros conocimientos parten de otra... de otros compañeros, de otros enfermeros o enfermeras, que nos han

dado clase en la universidad, pues tenemos una mentalidad más independiente del médico, tenemos nuestra propia identidad profesional, entonces cuando hay conflicto en el paritorio pues muchas veces las matronas antiguas se vuelcan más con el MIR...

M: ¿Con el médico?

H: Sí, dicen venga bueno pues ya está que lo haga el, entonces estas cosas sí que te dejan un poco tirado de en plan no me lo puedo creer... y en caso de conflicto y que haya un adjunto, algún jefe por allí, entonces los adjuntos van a tirar siempre pa sus residentes con lo cual el residente de matrona se ve un poco aislado, ¿no? a no ser que haya gente nueva, gente pues eso, con cuarenta o cuarenta y tantos años que sí que son diplomados universitarios que ya... le pueden plantar cara a los médicos y decirle: pues no mira, esto se hace así, tu serás muy médico y yo las cosas las hago así y no te metas en mi terreno...

Grupo 3

Como dice el EIR en esta cita, la enfermería es una especialidad que se ha profesionalizado mucho en los últimos tiempos, se ha convertido en un campo de conocimiento específico con titulación propia y, por consiguiente, con una identidad autónoma respecto al saber médico. Esto marca una diferencia cultural enorme entre los enfermeros que se han incorporado recientemente al SSPA y los que trabajaban en él antes de que se diera tal cambio. La enfermera veterana respeta mucho más el papel preponderante del médico, rasgo propio de la cultura sanitaria tradicional. Un EIR diplomado en la universidad y con años de experiencia profesional previos a la residencia, como el autor de la cita, es mucho más consciente de su competencia y la defiende frente al médico. Casos como éste ejemplifican la tensión de un sistema en transición entre dos formas completamente diferentes de concebir la salud y la sanidad que, como se ha mostrado en este capítulo, es la situación que atraviesa el SSPA hoy día. No obstante, que los trabajadores más jóvenes del SSPA muestren una actitud más abierta, más próxima a las nuevas concepciones societales de la salud y lo sanitario, es, que duda cabe, un signo tremendamente positivo. Implica que la nueva filosofía va calando poco a poco en los profesionales sanitarios. Es muy probable que durante mucho tiempo los dos modelos de entender el SSPA continúen conviviendo. Sobre todo porque, como se argumentó en el punto anterior, la formación universitaria sigue estando profundamente incardinada en la cultura sanitaria tradicional. Es cierto que tampoco la formación residencial está logrando superar por completo estas concepciones, entre otras causas porque muchas de las personas responsables de la formación de los internos también tienen muy internalizada esa misma cultura. Al tiempo, también es en el SSPA donde los futuros profesionales sanitarios aprenden y asimilan la nueva filosofía, al menos en parte. Esta aparente contradicción nos lleva una vez más a la situación de transición entre modelos del SSPA. Acelerar el cambio dependerá en buena medida de cuán decidida sea la apuesta por promover la nueva filosofía del SSPA en los futuros planes de formación.

5. LA DOBLE NATURALEZA DE LA RESIDENCIA

Toda formación basada en la realización de tareas prácticas, como es el caso de la residencia, induce inevitablemente a que se den contradicciones, malos entendidos y, potencialmente, abusos. ¿Cómo valorar si realmente se está formando a los futuros profesionales o simplemente se les está utilizando para que realicen parte del trabajo de la organización a menor coste?, ¿en qué punto termina la formación y comienza el trabajo propiamente dicho? Establecer los límites de una y de otra es harto complejo, quizá imposible. Puede decirse entonces que este modelo de aprendizaje, la residencia en el caso que nos ocupa, tiene una doble naturaleza: es formación y al mismo tiempo es trabajo. Los grupos de discusión reflejaron precisamente que éste aspecto atraviesa el conjunto de la perspectiva que los internos tienen de la residencia: está presente en sus ideas sobre el fin último de la misma, en las actitudes con las que la afrontan y en la valoración final del periodo. En definitiva, influye poderosamente en la satisfacción y expectativas de los residentes respecto a su formación, lo cuál constituye el objetivo principal de este estudio. En este capítulo indagaremos en esta problemática, deteniéndonos en tres dimensiones de la misma: la percepción que tienen los internos de la residencia como formación y como trabajo; la sensación de abandono por parte de sus formadores de muchos residentes; y finalmente su adaptación progresiva a la realidad cotidiana del SSPA y su valoración final de la residencia como periodo formativo.

5.1. La residencia, ¿formación o trabajo?

De todas las discusiones que se produjeron en los grupos, la cuestión de la naturaleza de la residencia fue sin duda la que más atención recibió por parte de los residentes. Se trata de responder a la pregunta que encabeza este epígrafe: la residencia, ¿es formación o es trabajo? Los participantes debatieron animadamente la cuestión. Mas en última instancia, la inmensa mayoría respondieron con claridad: la función primordial de la residencia es la formación:

M: Eso esta claro, si aquí todo es cuestión de dinero.

M: Pues no, pues que acorten el tiempo o que no se, pero vamos que yo no tengo de R4 ocupar una plaza, de nadie. Porque por supuesto la responsabilidad mía no es la misma que la de ellos y a mí no me van a pagar más. Ya no es por tema económico, es que yo no tengo porque hacer eso, yo se supone que sigo en periodo de formación.

Grupo 1

En todos y cada uno de los grupos se llegó a una misma conclusión, siempre tras un arduo debate sobre el papel del trabajo en la formación. Podrá discutirse el grado de progresividad en la asunción de responsabilidades o la carga de trabajo aconsejable, pero lo que no es cuestionable es el carácter formativo de la residencia. Los internos, sin embargo, no piensan que sus responsables (ya sean directos, como sus tutores, o indirectos, como las juntas directivas de los hospitales) tengan la misma opinión. Los residentes perciben que en demasiadas ocasiones su misión no es formarse, sino servir como trabajadores de bajo coste. ¿Qué les hace pensar así? En el capítulo anterior se adelantaron las causas principales: la asunción de responsabilidades que no les corresponden, que les sean encargadas algunas de las tareas más duras del SSPA como las guardias nocturnas o las urgencias hospitalarias, la falta de apoyo y orientación por parte de muchos tutores y adjuntos, ser designados para cubrir bajas de otros trabajadores, etc. Los internos de todos los grupos, representantes de todas las especialidades y procedentes de todas las provincias, convinieron en señalar la existencia de estas actuaciones, si no directamente experimentadas por ellos, al menos observadas en compañeros.

Dado tal nivel de coincidencia se hace difícil pensar que el problema no es real, que la percepción de los residentes está sesgada o que se trata sólo de casos aislados. Parece innegable que la tendencia a utilizar a los residentes como mano de obra antes que como profesionales en formación es una realidad demasiado extendida y no una excepción. Siendo así, no resulta extraño que los residentes se sientan utilizados:

M: Yo lo veo que somos un poco cubre huecos, mano de obra barata, esa es la definición.

M: Mano de obra barata...

M: En mi hospital hemos empezado, sí que estamos solos, como habéis dicho, desde la primera semana, que ya nos sueltan allí y os espabiláis... Sí que es verdad que este año han comenzado... que es que los críticos, o sea nivel 2, los ven R mayor, o sea todos los críticos los ven los R mayor y los, digamos, 3 y 4 los vemos nosotros.

Grupo 1

Algunos de los asistentes comentaron que existen servicios que cuentan con más residentes que adjuntos, lo que no sólo les mueve a cuestionar la calidad docente de los mismos, sino que les hace dudar si no estarán perjudicándose a sí mismos, al ocupar unos puestos que, en su opinión, deberían cubrirse con contratos de trabajo. En ciertos casos, en particular entre los MIR, el hospital acaba siendo percibido como un “espacio hostil al residente”, metáfora que sugiere una notable falta de identificación con su entorno laboral.

Los debates arrojaron una curiosa paradoja en este sentido. Los MIR de hospitales comarcales se mostraron más satisfechos con su formación que los procedentes de hospitales de referencia, pues al

contar los primeros con un menor número de residentes los adjuntos no pueden descargar tareas en ellos. Así, los servicios no son atendidos exclusivamente por internos, contando éstos siempre con el apoyo de adjuntos a los que consultar en caso de duda, lo cual no sucedería en hospitales de mayor envergadura. De todas formas, en algunos de los hospitales comarcales se estaría tomando la decisión de ampliar el número de residentes, lo que vuelve a hacerles sospechar que, en realidad, la residencia no serviría tanto para formar profesionales como para emplear trabajadores a un coste inferior al del mercado.

Claro está, como venimos diciendo la cuestión es compleja. Por eso, los residentes discutieron mucho en qué medida los procedimientos que critican son realmente útiles para su formación, como a menudo se argumenta para justificarlos. Hubo residentes que incluso asumieron que el exceso de trabajo es un tributo que los futuros profesionales sanitarios han de pagar a cambio de la formación que reciben. Otros dijeron sentirse sarsifechos por tener que enfrentarse a situaciones límite como la sobrecarga de pacientes, ya que lo consideraban un excelente método de aprendizaje. Pero la gran mayoría rechazaron enérgicamente estas afirmaciones. No negaron la utilidad de formarse trabajando, ni su obligación de aportar al SSPA, toda vez que como residentes reciben un salario. Lo que dudan es que sea su formación lo que realmente se pretende cuando, por ejemplo, se les encomiendan responsabilidades que no les corresponden por contrato:

H: Sí, es una cosa como ambigua, ¿no?, que el trabajo, que no termina de...

M: Que no se sabe dónde está el límite de una cosa y el de otra...

H: Sí...

M: Que es verdad lo que hemos estado diciendo antes, que tú tienes que aportar porque, evidentemente, a ti te están pagando y tú no estás allí solamente para estar sentadita viendo cómo trabajan los demás y aprender de esa manera. Tú tienes que aprender trabajando, pero todo tiene un límite. No tienes que estar toda tu jornada laboral trabajando, tienes que tener un tiempo también para formarte, porque si no es que no tiene sentido.

Grupo 4

Los internos creen tener sobrados motivos para pensar de este modo. Además de la relación con los tutores y adjuntos, o más bien su ausencia -tema que se examinará en el siguiente punto-, está la falta de tiempo dedicado al estudio y la investigación. Los participantes opinan que en la residencia sólo se les enseña a realizar tareas cotidianas, o dicho en otras palabras, a sacar trabajo adelante. En ese sentido, es cierto que desarrollan suficientemente las habilidades y competencias necesarias para desempeñar las tareas asociadas a sus puestos de trabajo. Otros aspectos de la formación se encontrarían, por regla general, desatendidos: el estudio, la investigación, el análisis, la profundización en su campo de conocimiento. Para los residentes, el volumen de trabajo que tienen que afrontar hace imposible que dediquen tiempo de su jornada laboral a estas otras dimensiones de la formación:

H: Un problema es que realmente los residentes no estudiamos lo que deberíamos, y lo digo...

M: También lo digo yo, también yo personalmente sí.

H: Exactamente, señalándome a mí el primero, no es porque no quiera, porque siempre tengo en mente, tengo que estudiar, tengo que estudiar, tengo que estudiar, pero es que tengo que estudiar y tengo una guardia, al día siguiente saliente, al día siguiente tengo un curso, al día siguiente tengo un trabajo y al siguiente conferencia....

Grupo 2

Es cierto que quizá un problema sea la misma definición de formación. Los residentes reconocieron que quizá están acostumbrados a una determinada manera de aprender, la propia de la carrera. Están habituados a estudiar un volumen ingente de contenidos teóricos, a los que podían dedicarle mucho

tiempo y concentración, algo que no pueden hacer si tienen que atender a su trabajo como residentes. Asimismo, es posible que en ocasiones no identifiquen como formativas algunas actividades, al no entrar éstas en su horizonte de interés. Un claro ejemplo serían los MIR, cuyo énfasis en formarse como especialistas (del que se dio sobrada cuenta en capítulos precedentes) podría estar provocando que no entiendan como formativos determinados periodos de la residencia, como las rotaciones por atención primaria. En estos casos, pueden interpretar que el residente está siendo usado como trabajador, sin que aprecien la utilidad que puede tener para su formación. Sin embargo, como puede verse en la siguiente cita, los residentes tendieron en su mayoría a considerar la formación de un modo integral:

H: Y el residente en lugar de yo que se, de tener una vida donde estar dedicado al enfermo, a sus libros, a investigar, a dedicarse a mejorar sus habilidades de comunicación en el caso de los clínicos o en el caso de las técnicas de punción por aquí, o coger una vía por allí o de una técnica quirúrgica.

Grupo 1

Como afirma el residente autor de la cita, la formación sería tanto el estudio y la investigación como la adquisición de habilidades técnicas y de comunicación: todas las dimensiones de su futuro trabajo como profesionales sanitarios. De hecho, las críticas a su formación no siempre se formularon en relación a los posibles perjuicios para sus carreras profesionales. Remiten igualmente a la calidad de su trabajo, y en cómo repercute en el usuario. Por ejemplo, el exceso de trabajo no sólo sería perjudicial porque resta tiempo del estudio, también porque deteriora su capacidad para atender adecuadamente a los pacientes:

H: ¿Quién va a atender un paciente? cuando tienes que estudiar, cuando tienes que aprender, vas a estar muy estresado, y es verdad, desde ese punto... Eso pasa que a las cuatro de la mañana te viene con una amigdalitis y tu le digas: "carajo, desgraciado, como vienes..." no se las palabras que utilizan, pero mas o menos "como se te ocurre venir a esta hora yo vengo cansado a esta hora" eso sucede porque tenemos una carga de estrés.

Grupo 1

Por otra parte, no puede olvidarse que a los residentes se les anima, cuando no se les pide e incluso se les obliga a estudiar e investigar. Uno de los objetivos del SSPA es que sus trabajadores alcancen el máximo grado de excelencia profesional posible. Para lograr este fin, un periodo formativo como la residencia es crucial. De ahí que el SAS imparta cursos de especialización para el conjunto de los residentes, cuyo cumplimiento es obligatorio. Siendo así, cabría esperar que los internos asistan a los mismos en horario laboral, lo que no siempre sucede. Con el mismo espíritu, se fomenta a los residentes a investigar, publicar, asistir a congresos y hacer el doctorado. En cambio, entre los asistentes fueron abundantes las protestas por la falta de tiempo o apoyo para investigar y realizar la tesis doctoral, o de financiación y facilidades para acudir a congresos y reuniones científicas. Una y otra vez se reproduce el mismo pensamiento de fondo: el interno tiene la misión principal de cubrir necesidades asistenciales del SSPA, y sólo secundariamente de formarse. Cualquier iniciativa de aprendizaje, investigación o especialización debe ser atendida en el tiempo libre del residente, o pagada de su bolsillo, y por supuesto ha de ser exclusivamente un producto de su esfuerzo individual. En cambio, en su horario laboral se les exigiría el máximo de sus capacidades. Cuando se pone en la balanza la formación y el trabajo, siempre pesaría más este último. Al menos esa es la impresión que tienen la mayor parte de los residentes.

Los internos se preguntan, ¿están preparados nuestros hospitales para formarnos?, ¿se cumplen los planes de formación? Uno de ellos responde a las dos preguntas, sintetizando el discurso de muchos de sus compañeros:

H: Y te encuentras en eso, pasas una etapa MIR que es el máximo control del ministerio y luego te encuentras en un sitio que sí, que tienen muchos papeles. Sales del ministerio con un folleto donde pone lo que tú tienes que aprender, como tienes que hacer, como te vas a formar como especialista. Y llegas a un sitio donde bueno la actividad asistencial no está ligada a la actividad formativa aunque en la entrada del hospital ponga Hospital Universitario. Eso simplemente quiere decir hospital donde hay gente que cobra menos por hacer el mismo trabajo que hacen otros, porque es así.

Grupo 1

La mayoría de los internos desconoce o tiene escasa información del contenido de sus planes de formación, los cuales están homologados a nivel nacional. Por consiguiente, no saben si éstos se cumplen o no:

H: Y tú entras ahí y empiezas a ver como funcionan las cosas, en mi hospital, bueno yo soy de la comisión de docencia, y me encontré con que había una auditoria del ministerio. Vienen unos auditores y nos reunimos un grupo de residentes con los auditores. Y los auditores empezaron a preguntar: "¿a vosotros os han dado el plan de formación?", "¿a vosotros os han dado lo que tienes que hacer en cada año?, como por ejemplo, tú eres pediatra tenias que haber hecho diez punciones lumbares y diez entubaciones?" Digo: "No, yo sé que eso existe y que se hace en mi servicio, pero yo no sé que el ministerio exige a mi unidad que el residente, el R1 haga eso para estar acreditado". No, eso lo esconden. "¿En tu servicio te reúnes dos veces por semana con el tutor?" "¿Se planifican las rotaciones?" Yo pienso: "a mí nadie me está diciendo eso", pero es que ni tan solo yo sé que es lo que el ministerio exige a la unidad para estar acreditada.

Grupo 1

Esa misma auditoría del Ministerio de la que habla el residente, al parecer arrojó también que parte del presupuesto asignado a docencia por su hospital había sido asignado a otros conceptos. La experiencia de los residentes está plagada de ejemplos similares. No podemos culparles de pensar que el SSPA, o al menos un número importante de su personal, les ve antes como mano de obra a su disposición que como alumnos que se forman trabajando. Independientemente de que parte de su perspectiva pueda estar sesgada por sus propias ideas sobre la formación, parece innegable que en demasiadas ocasiones el aprendizaje no es la prioridad de las tareas que se les encomiendan.

5.2. La soledad del residente

Con todo, la principal de todas las críticas que se formularon en los grupos de discusión concernió a la relación entre residentes y tutores, y más en concreto a la falta de implicación de muchos de estos últimos en la formación de los internos. La sensación de soledad domina el discurso de muchos de los residentes sobre su formación. A juzgar por los comentarios de los asistentes, una gran parte de la formación residencial se realiza sin apoyo alguno, sin la orientación de sus responsables. Nada más aterrizar en el SSPA, el residente sería enviado a cumplir labores propias de profesionales, sin que medie la ayuda del personal que, en teoría, tiene la misión de formarles:

M: Yo creo el caballo de batalla nuestro de todos los residentes es la puerta y no es porque... Aparte de lo que dice ella que nos dejan solos, a las dos semanas. A mí, por ejemplo, en el hospital mío nos dejan solos el primer día y ahí llevas tu... ¿Sabes?

Grupo 1

El caso paradigmático es la asignación de las urgencias hospitalarias a los MIR R1, pero no sería el único. La ausencia de control y consejo en la realización de las tareas cotidianas es una experiencia que manifestaron haber vivido residentes de todas las especialidades, incluidos los PIR, los más satisfechos con su formación entre todos ellos. En algunas ocasiones, serían los tutores y adjuntos los que abandonarían a su suerte a los residentes, por desidia o comodidad; pero en otras, los residentes se quedarían solos por decisión de las direcciones de los hospitales, que eliminarían adjuntos en determinados servicios, o en determinados momentos, por razones estrictamente económicas:

M: Pero a vosotros os dieron opción. A nosotros nos dijeron: a partir de mañana hacéis guardias solos. Así, de un día para otro.

H: No, opción no nos dieron.

M: Con la moto localizada y con el móvil apagado, porque yo he tenido 3 guardias con 3 follones de...para hacer laboratorio y el móvil apagado.

H: Pero teóricamente el adjunto está localizado, ¿no?

M: Sí, sí, sí.

H: Ah, bueno. Es que nosotros siempre hemos hecho guardias con el adjunto localizado, de toda la vida, de 24 horas. Hasta que pasó lo de la reestructuración ésta de las urgencias, y me lo quitaron. Pusieron un farmacéutico. El SAS decidió que no hacía falta un farmacéutico por la noche. Entonces pretendía que los residentes siguiéramos manteniendo, estando la farmacia abierta y solucionando los problemas, pero sin un adjunto detrás, ni localizado ni nada.

Grupo 4

Sea como fuere, este abandono que los residentes dicen experimentar les provoca una terrible ansiedad. Se sienten solos, asustados, desprotegidos, enfrentados a una situación que supera sus capacidades:

H: Yo es que lo recuerdo más solitario mi guardia de puerta, o sea soledad de yo mismo con mi paciente y allí te las pongas,...

M: Hombre es que yo pienso que de R1 es el año que más desprotegidos estamos, no sé, en general, cuando llegues a sitios y estas más asustados ¿sabes? no a mí me da la sensación...

H: Asumes más responsabilidad cuando eres R mayor y a veces estas más solo... A veces te llega un paciente con una arritmia, tienes el problema de qué ponerle, qué no ponerle... no sé, no sabes que consultar en ese momento, no hay nadie alrededor, eso me ha pasado a mí, estar solo a cargo de todas las urgencias... Se van todos los residentes, se van todos los adjuntos y te quedas tú solo con ese turno, porque te ha tocado estar dos horas solo, y a quién consultas, te pones a mirar el librito mientras ... pues quizás estas más desprotegido viene algo más grave y todo lo grave te viene a tí.

Grupo 2

En momentos como los mencionados en la cita de más arriba, el residente, en especial en los primeros años, siente una gran inseguridad en sí mismo y en sus conocimientos. Hasta tal punto que algunos llegan a creer que podrían haber sido sustituidos por cualquier persona, cualificada o no. Sin duda, se trata de una apreciación exagerada. Pero da una idea del gran salto que supone para el residente pasar de los conocimientos teóricos a una experiencia real, principalmente en aquellos que afirman no haber tenido prácticas durante la carrera, o al menos no haber tenido las suficientes. En ese momento es cuando más echan de menos una formación en la asunción de responsabilidades se produzca de un modo más progresivo, contando con más apoyos en los primeros momentos de la residencia. También aquí los asistentes se plantean que el problema puede estar en los hábitos adquiridos durante la carrera, e incluso durante la preparación del examen de acceso a la residencia. Opinan que en dichos periodos están excesivamente protegidos, refiriéndose a la costumbre que habrían tenido sus profesores de sobredirigir sus estudios, por ejemplo indicándoles que contenidos del temario deben estudiar y cuáles pueden pasar por alto. Esto refuerza aún más su reivindicación de planes de formación más equilibrados, en los que el tránsito entre la carrera y la residencia sea más gradual.

Evidentemente, quienes más deberían sufrir este brusco cambio en su formación son los residentes que están en contacto directo con los pacientes, los MIR, PIR y EIR. Sin embargo, de los tres colectivos, sólo los MIR aseveraron -eso sí, con mucha frecuencia e intensidad- padecer este problema. Los PIR, como ya se ha dicho, fueron los residentes que mejor valoraron a sus tutores, ya que encuentran en ellos el apoyo que el resto de internos reclaman a los suyos. En cuanto a los EIR, es posible que el menor contenido teórico y la mayor orientación práctica de su carrera hagan el salto a la residencia menos violento para ellos. Los MIR, en cambio, sienten que cuando empiezan el periodo de formación residencial no disponen de los recursos necesarios como para enfrentarse solos a los pacientes. Notan sus carencias en cuanto a las habilidades clínicas: la exploración, la comunicación con los pacientes, el diagnóstico, la elaboración de historias clínicas. Sin embargo, el paciente les exige como a un médico profesional. El usuario no sabe que quien le está atendiendo se encuentra todavía en un periodo formati-

vo, sólo que tiene derecho a una prestación de calidad. En estas circunstancias, al residente no le queda más remedio que afrontar las dificultades y aprender sobre el terreno:

M: Y ya no es solo por cómo es el adjunto contigo, de cómo es el residente contigo, sino como es el propio paciente contigo. Te exige al cien por cien desde el primer día. Cosa que es lógica porque ellos quieren una demanda, que tú eres médico y tienes que responder ante ella. Pero si luchas solo, el primer día o lloras o te echas al mundo por montera y dices: "aquí estoy yo". No es del todo fácil, vamos creo yo.

Grupo 1

Como reza la cita precedente, enfrentarse a una situación así no debe ser nada fácil. No resulta sorprendente entonces que los MIR empleen metáforas bélicas para describir experiencias como las guardias en las urgencias hospitalarias. Son las que con mayor precisión darían cuenta de cómo viven estas situaciones: como un conflicto, con una enorme tensión, con pánico a cometer un error, a la cascada de posibles consecuencias negativas que puede conllevar equivocarse:

H: Por otro lado, estamos ahora... Salimos de ahí y vamos a un sistema sanitario público donde nosotros vamos a entrar como médicos que se van a formar. Y entonces generamos todos, o nos ponen en la puerta que es el escaparate abierto de cara al público del sistema sanitario general. Con todos sus problemas, con todas sus virtudes y con todo. Y resulta que a nosotros nos ponen en la primera línea de batalla, entonces cuando hay cuatro tiros pues nos los llevamos nosotros, cuando hay seis también y cuando salimos en la tele sale el residente ¿no? Y te parten la boca.

Grupo 1

En este contexto, ¿cómo aprende el residente? "Hombre, como te dejan sola... o aprendes a base de palos o..." Es el testimonio de una FIR R4, pero ilustra la trayectoria de muchos otros residentes. Dado que tienen que enfrentarse en soledad a un trabajo del que deben responder pero para el que no se sienten preparados, a los internos no les queda otro remedio que tratar de poner en práctica sus conocimientos e ir aprendiendo a desempeñar sus tareas sobre la marcha. Así, cada residente busca por su cuenta el mejor modo de desarrollar sus habilidades. Por ejemplo observando cómo trabajan los trabajadores de plantilla, o, recurriendo a una adecuada metáfora química que empleó uno de los asistentes a los grupos, "por osmosis". No obstante, la ausencia de control y orientación favorecen que el método principal de aprendizaje sea el ensayo-error, o lo que es lo mismo aprender equivocándose:

M: Me da la sensación de que muchas veces yo he aprendido cosas, pero bien porque me he equivocado y entonces he procurado hacerlo mejor la siguiente vez, o de escuchar. Porque si... un cólico nefrítico pues ponle esto, esto y esto, pues claro viene un cólico nefrítico... ah estas características, venga lo pongo y realmente, y me acuerdo de que una vez un cirujano me dijo: ¿y por qué pones esto? Y me quedé blanca, le digo: porque lo ponen ¿no?... pero, ¿Por qué lo ponen, qué efecto hace, a qué nivel actúa? Claro y a mí esas cosas, digo si a mí nadie me lo ha explicado, entonces yo he hecho un poco de...

Grupo 2

No parece que esta manera de formarse sea la más apropiada. En primer lugar porque, como puede apreciarse en la cita anterior, induce a una formación no comprensiva, según la cual los residentes aprenden a realizar tareas, pero no a entender la lógica de las mismas, su razón de ser. Sería una formación superficial, en la que asimilan, pero no comprenden. Y que, lógicamente, les devalúa como profesionales. En segundo lugar porque se deteriora la calidad asistencial. Los residentes efectúan parte del trabajo diario del SSPA, pero si lo hacen sin supervisión y sin tener a su lado a un profesional que pueda aportarles su experiencia, se está incurriendo en un riesgo que puede pagar el usuario, algo que aterra a muchos internos. Por último, pero no por ello menos importante, porque produce ansiedad, miedo, frustración y por tanto descontento en los residentes. En definitiva, como dice uno de los asistentes al grupo 4, los residentes aprenden a trabajar, pero "a base de caer y levantarte".

La participación de los tutores en la investigación y la docencia tampoco sería la adecuada según los

residentes, pese a trarse de elementos contemplados en sus planes de formación. Los asistentes afirman que muchos de sus tutores apenas se reúnen con ellos, con lo que su formación carece de la planificación necesaria. Esto desplaza hacia el residente la responsabilidad de organizar su propia formación: es el interno quien debe interesarse por buscar rotaciones, comprobar qué habilidades o técnicas le restan por aprender, etc. Dependería de la iniciativa individual del residente animar a sus formadores para que se reúnan con sus alumnos, cuando debería ser justo lo contrario:

H: Como no pongas algo de tal, pruebas que son mas coñazo o más tal... Y te tienes que pasar horas pues viendo un microscopio, pues realmente cualquiera lo hace... pues te meten ahí... Y hay un montón de cosas de esa sección, ya no porque te tengas que formar, sino otras pruebas, otras cosas que tienes que ver y tienes que hacer y realmente nadie te... te hace pasar por ahí, tienes que ser tu el que digas: oye y esto que estás haciendo como es y tal y estas pendiente de cada cosa que pasa y eso... pongo entre comillas el sentido de que sí que es verdad que se supone que son los peores en ese sentido, pero... pero que no lo hay o sea...

Grupo 3

Alguno de los asistentes incluso comentaron que no podían hablar directamente con sus responsables, sino que debían solicitar cita previa a sus secretarías. Otro tanto sucedería con la investigación y la realización del doctorado, actividades para las que los residentes tampoco encontrarían suficiente apoyo por parte de los formadores. Para los internos no disponer de su tutor para orientar su formación es tan grave como no tenerlos a su lado en el día a día: sin su consejo se sienten perdidos. Por su puesto, esto no significa que el residente no deba poner también de su parte, se trataría de alcanzar un equilibrio. Por eso aprecian doblemente a los tutores y adjuntos motivados, aquellos se implican con el residente, le animan y enseñan, generando dinámicas positivas de formación:

H: Porque llego un momento que vino una persona y tiró para adelante y creyó en el sistema de formación y creía que eso tiraba para adelante y puso eso así y dio las facilidades y se implicó en la investigación. Porque con que fuera una persona, en mi caso en el servicio de pediatría fue una, dos, tres, o sea varia gente que... pero que no es algo que digamos, que vosotros no, a lo mejor en vuestro caso no ha estado esa persona o con el tiempo se ha quemado o se ha quitado del medio, no le recompensa hacer eso... En mi servicio son determinadas personas que creen en eso, que están muy implicados, que no están quemados, mi situación es muy parecida a la tuya en muchas cosas.

Grupo 2

Entre los participantes, principalmente algunos de los MIR, hubo quienes justificaron la falta de dedicación a las labores docentes de sus tutores por el exceso de trabajo al que se encontrarían sometidos. Piensan que no se estaría cumpliendo el principio de nivelación, por el cual a sus tutores se les eximiría de una parte de su carga asistencial para que pudiesen emplear parte de su tiempo a la formación de los residentes. Asimismo, no estaría suficientemente reconocida y valorada su tarea formativa, lo que provocaría que se desmotivasen y terminasen por desatender a los internos:

H: (...) al final acabamos trabajando un montón todos y cuando pueden escaquearse ellos pues se escaquean y trabajamos nosotros. Para mí, o sea, estoy totalmente de acuerdo con ellos en que deben tener un tiempo para nosotros, que no lo tienen y que quizás eso empezó por un buen plan de ahora trabajas tu, ahora yo y a ver como lo hacemos y al final ha acabado en el desastre que estamos, en que no pueden trabajar bien, no pueden formarnos no pueden hacer las cosas como deberían ser.

Grupo 2

No hay que menospreciar la influencia de este factor a la hora de explicar la falta de implicación de los formadores con los residentes, pero hubo otro que parece tener mucho más peso a juzgar por la frecuencia con la que apareció en los debates de los grupos. Ya en una de las entrevistas mantenidas durante la fase exploratoria, el jefe de formación de uno de los hospitales más importantes de Andalucía nos comentó que, en muchas ocasiones, los tutores y adjuntos se sienten perdidos, pues tienen la responsabilidad de formar a los residentes pero a su vez nadie les ha enseñado a enseñar. En efecto, el entrevistado reconocía que el trabajo formativo de los tutores y adjuntos muchas veces no es todo

lo bueno que debería, pero en su opinión esto se debe a que el SSPA no habilita mecanismos para instruirles como profesores. Sin conocer la metodología pedagógica adecuada, los tutores y adjuntos fallarían en su función educativa, lo que conduciría a su frustración como profesionales, y finalmente a la dejación de funciones como formadores.

Independientemente de que tenga razón o no al opinar de este modo, el entrevistado olvida que los tutores deciden voluntariamente dedicarse a la docencia. Que duda cabe, es deseable que el SSPA facilite los recursos necesarios y las mejores condiciones posibles a los profesionales que escogen encomendarse a la formación de los residentes. Pero la falta de experiencia o conocimientos como docentes no puede justificar el abandono de sus responsabilidades con los residentes. Es una situación que los propios internos perciben y que les lleva a pensar que los tutores que se comportan de este modo quieren los beneficios asociados a tal puesto, pero no sus costes. Los residentes notan mucho cuando pasan de depender de tutores motivados y que han sabido actualizar sus conocimientos a otros que, por el contrario, no se implican con la formación. Este problema causa un gran malestar a los residentes, que reclaman al SSPA un mayor control en el proceso de acreditación de los tutores:

H: Hay otra cosa que se me ha olvidado y es la acreditación de los tutores o médicos adjuntos. Yo estoy rotando un día con uno que tiene publicado lo mas grande, que maneja al enfermo perfectamente, que se sabe los fármacos, está a la última de las últimas cosas, y es magnífico y no le ha examinado nadie, sino que el personalmente ha crecido así en su profesión y nadie le ha pedido esas explicaciones. Y hay otro con el que roto al mes siguiente, a lo mejor, que lleva veinte años sin coger un libro de medicina, sin coger una revista y que cuando yo estoy rotando con el me viene con los análisis en la mano y me dice: "Haz el favor hombre yo estas cosas es que no...". Bueno eso es impresentable. Se le debería exigir, igual que a nosotros (...) Pues también tendría que haber un control sobre la formación continuada, no ya para que un tío que sea medico con sesenta años le quiten la plaza, pero si le vas a poner un residente, si le vas a descargar su carga habitual de trabajo, pues que se vea compensado porque tu le puedas aportar algo para formarlo. No que tú estés formado a costa de que siempre pasan residentes al lado tuya que te cuenten algo, que eso es...Y eso ocurre, bastante ¿no?

Grupo 1

Por supuesto, esto es aplicable a los tutores, que eligen dedicarse a la docencia. Una situación bien diferente sería la de los adjuntos, cuya labor formativa se impone por contrato. Algunos de los residentes opinaron que esta política es errónea, ya que la única manera de que los trabajadores sanitarios se involucren en su formación es que lo hagan voluntariamente. A muchos de los adjuntos, argumentan, no les interesa, o no desean, enseñar a los residentes, lo que acabarían pagando ellos:

M: Yo creo que cada adjunto debería elegir si quiere ser docente ó no, ¿sabes? porque para algunos es una obligación y es una carga y lo hace con desgana. Entonces yo creo que debería decir: oye, pues yo si quiero enseñar, o yo no, y tú elegir si quieres rotar por un sitio que alguien no esté dispuesto a enseñar.

M: Claro, porque tú puedes controlar que alguien haga el papel de tutor y desde el primer momento está ahí como persona presente, pero no puedes controlar, y nadie puede controlar que esa persona esté motivada para enseñarte, que le guste enseñarte, que se adapte a lo que tú necesitas aprender. Es que eso no se puede controlar de ninguna forma. Se puede controlar que haya una persona que tú elijas ó que salga de él ser tutor, pero ¿que esa persona cumpla bien ese papel? Eso no se puede controlar. Por eso, que depende, depende del tutor que te toque.

Grupo 4

De todos modos, la voluntad y la motivación no serían lo único importante para garantizar una formación adecuada. Otros residentes, por ejemplo, comentaron que algunos de sus formadores trataban de ayudarlos en lo posible, pero no lo hacen adecuadamente. En esos casos, el residente agradece el interés del tutor o el adjunto, puesto que siempre es preferible que estén motivados a enseñarles a tener que aprender sin ayuda, pero no sería suficiente. Evaluar las habilidades y competencias docentes de los tutores y adjuntos sería entonces, a juicio de los participantes, tan importante como evaluar el aprendi-

zaje de los residentes como futuros trabajadores del SSPA.

5.3. Adaptación progresiva y resignación final

A juzgar por los debates que se produjeron en los grupos, buena parte de los problemas de la formación residencial tienen su origen en el desajuste entre las expectativas que los internos tienen antes de empezar este periodo y la realidad que se encuentran en el SSPA. Expectativas que, como ya se ha visto, empezaron a desarrollarse mientras se estudiaba la carrera, y en algunos casos mucho antes. Efectivamente, es algo muy visible en profesiones de clara orientación sanitaria, como los médicos o los enfermeros, que habitualmente dicen haber escogido estudiar dichas carreras por sentir la “vocación” desde pequeños. Son los internos de estas especialidades quienes más frustración sienten al comprobar que la residencia no es exactamente como la esperaban: se trabaja mucho y no siempre en lo que al residente le interesa, no hay tiempo para estudiar o investigar, no se encuentra apoyo por parte de muchos tutores y adjuntos, los pacientes les exigen como si fueran profesionales...

M: La puerta de mi hospital es una puerta muy conflictiva cuando quiere, porque el volumen de gente que tiene es demasiado elevado y hay grupos especialmente llamativos, por así decirlo. Los grupos que tiene los barrios que llegan son unos demandantes muy especiales y te tienes que enfrentar a situaciones que tu... Yo creo que aunque lleves un día u ocho meses como yo he trabajado no me los merezco. Sinceramente.

Grupo 1

La cita anterior ejemplifica el sentimiento de muchos residentes: tienen la impresión de que les han engañado, que el esfuerzo que han invertido estudiando tantos años no tiene la recompensa que esperaban. Como se dijo en el capítulo 1, esta es una de las claves que explican la mayor conciencia crítica de los residentes que han incorporado al SSPA en los últimos años respecto a sus predecesores, en especial entre los MIR:

H: Tú no has estudiado para que te humillen, tú puedes saber menos pero no para que te humillen y nadie hace nada. Luego yo levanto la mano y me siento como un agente sindical en vez de ser alguien que proteste digo: “A ver eso no está bien ¿no? Se debería arreglar”, y el gerente me dice: “¿A tí quién te paga?” Te contesta así claramente. Él tiene otros problemas, tiene que cubrir las guardias ¿se va a preocupar de tí? No.

Grupo 1

Puede decirse que el interno comienza la residencia a contrapié. Tiene unas expectativas muy determinadas de lo que quiere aprender y cómo va a hacerlo. De repente, se encuentra encargado de un trabajo propio de profesionales, para el que no se siente preparado (puesto que lo que ha aprendido en la carrera es básicamente teórico) y para el que a menudo no tiene el apoyo de los adjuntos y tutores. Esto le deprime y le frustra, pero, como no tiene otro remedio que sacar el trabajo adelante, trata de hacerlo lo mejor que puede o sabe, aunque en todo momento tiene miedo a equivocarse. Como nadie le ha enseñado a hacer bien su trabajo, hace las cosas a su manera, como cree que es más correcto. Lógicamente, su forma de trabajar se basa en la cultura sanitaria que han internalizado previamente, que en muchos casos está fuertemente influido por lo que aprendió en la carrera. Sin embargo, como ya se ha dicho, a menudo esta cultura choca tanto con la política del SSPA como con las expectativas de los usuarios. En ese momento es muy probable que se produzcan conflictos:

H: Lo de la ambulancia “es que yo quiero una ambulancia para Utrera”. “Pues no hay ambulancia para Utrera”. “Bueno vale”. Al rato llega el jefe de la guardia: “¿Que pasa aquí?”. “Pues no se”. “Hombre pero si hay ahí un paciente que está dando por culo ¿porque no le pones una ambulancia?”. “No es que el tío ha venido andando, es una tontería, es un hiperfrecuentador, está abusando por completo...”. Dice: “Pero tu eres tonto, anda trae para acá, trae ahora mismo la ambulancia, trae para acá, que yo sé... Que no me llames más para esto”. Entonces te deja con el culo pegado. ¿Sabes? Eso ocurre, entonces ¿Qué pinta ahí el residente?

Grupo 1

El residente vuelve a sentirse perplejo, fuera de lugar, utilizado: ¿Qué pinta ahí el residente?, como se pregunta el autor de la cita anterior. A los internos les resulta contradictorio que se les deje atender solos a los pacientes, pero no se respeten sus decisiones. Las primeras veces que esto ocurre, el residente se resiste a aceptar la situación, protesta, se rebela. Sin embargo, va aceptando gradualmente el procedimiento que se le ha indicado, y termina por asimilarlo, casi siempre por miedo a las posibles consecuencias negativas de no hacerlo. De este modo, se reproduce un determinado modo de actuación y una cultura sanitaria, independientemente de que el residente esté de acuerdo o no, de que las consideres correctas o erróneas.

Los primeros años de los residentes se caracterizan por ser muy activos: proponen iniciativas para mejorar su servicio o su prestación, protestan por su situación, tratan de encontrar su lugar, de cambiar las cosas. Esta energía se va perdiendo paulatinamente, cuando el interno va comprobando que sus esfuerzos no dan fruto. Sus propuestas son rechazadas, sus superiores no les escuchan y la carga de trabajo sigue siendo igual de grande. Como resultado, el interno se va desmotivando poco a poco, e incluso se pregunta de qué le sirve el tiempo que le resta de residencia, si ya ha aprendido todo lo que necesita en el SSPA:

H: Claro me deben mil quinientos euros, ves a los de familia de tarde, también con esos problemas, te encuentras con los cursos estos... Deprisa y corriendo me viene un día la jefe de estudios: “Oye que antes de que acabe el año, porque lo ha dicho el Ministerio tenéis que hacer un curso de radio protección, pues joder tostón de curso de radio protección, que nos empiezan a hablar de la fusión del átomo ¿Qué a mí de que me va a servir? Y te vas sintiendo decepcionado, continuamente. Intentas buscar respuestas y no las encuentras, nadie te soluciona nada, el gerente no te apoya, tu jefe de servicio te habla de la Falange... (Risas) Cosas surrealistas... Todo eso pues me ha hecho desencantarme.

Grupo 1

M: Y el problema es ese, que todo el mundo empezamos con mucha ilusión, con muchas ganas, y cuando llevas ya casi 3 años, por lo menos en nuestro caso, es cuando te das cuenta de que... bueno, yo... las horas que estoy echando aquí, ¿para qué me sirven?

Grupo 4

El residente termina así por resignarse y aceptar la situación. Se cansa de protestar, de discutir, de intentar mejorar las cosas. Las expectativas que tenía al comienzo de la residencia han desaparecido, su ilusión se ha diluido. “Al final lo haces porque lo tienes que hacer, lo tienes que hacer y ya está” dice una MIR asistente al grupo 4. Este tono amargo y pesimista fue típico de los dos grupos de residentes a finales de su formación. Se vislumbra ya en los grupos de R1 y R2, pero no domina su discurso como sí sucede en el de sus compañeros R3 y R4. Éstos, en su fuero interno, siguen siendo muy críticos con la realidad del SSPA, pero asumen que es inamovible. También porque, según el sistema de reparto de tareas y recompensas aún vigente en el SSPA descrito en el punto 4.2., su situación ya no es tan precaria, de manera que ven sus años de R1 o R2 con una perspectiva diferente. En cualquier caso, la sensación de haber perdido el entusiasmo, de cansancio, casi de derrota, es la que más pesa en su discurso:

H: Todos los problemas que hemos tenido a nivel de relaciones, y ya sea con la jefatura, ya sea con dirección médica, las peleas continuas, y eso deteriora mucho el devenir de las residencias. Te estás formando, pero llega un punto en que terminas quemado de discutir, que ya la formación muchas veces pasa a un segundo plano, que no te interesa porque es lo primero que debería de estar en la residencia, y te influyen los otros. Entonces pues ya muchas veces, cuando llega gente a Huelva y viene a preguntar: oye, ¿qué tal en el hospital?, pues la diferencia entre el primer año, que estabas medio contento, a ahora. Lo primero que hay que decirle a ese chaval es muy diferente, y me da pena, porque yo creo que a nivel de formación podemos aprender un montón allí, pienso...o sea, que se pueden hacer muchas cosas, pero es que hay otras cosas que al final...

Grupo 4

Respecto a la formación, casi todos los residentes acaban tomando conciencia de que depende de ellos mismos. Ya que la residencia se enfocaría fundamentalmente al trabajo, que no podrían contar con

sus formadores y que los apoyos para el estudio, la publicación o la investigación serían muy pobres, los internos se plantean que, o se esfuerzan por aprender por sí mismos, o no aprenderán nada:

M: Además, el problema es que depende mucho de ti, qué es lo que aprendes ó dejas de aprender, o sea, que...Yo por lo menos recuerdo cuando entró Miguel estaba muy desanimado, y le decía: pero si... es que depende de ti, tú si quieres ponte, estudia y al final terminas aprendiendo, es una cosa tuya, no le des tanta importancia que no estén los adjuntos contigo, que si están, que no se qué...pasa tú las tardes, te hartas de estudiar y al final aprender, aprendes. Es así.

Grupo 4

Si el interno no tiene iniciativa propia y le saca partido a cada aspecto de la residencia, no aprenderá nada. Quizá den con tutores o adjuntos que les ayuden, pero prefieren no tener en cuenta esta posibilidad y plantearse la formación como un acto individual. Es una idea que comienza a arraigar en los primeros tiempos de la residencia, puesto que surgió tanto en los grupos de R1 y R2 como en los de R3 y R4. Y que sin duda constituye otra muestra del desánimo y la resignación que cunde entre los internos respecto a la formación residencial.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, ¿cómo valoran finalmente los asistentes el conjunto del periodo residencial? La siguiente cita contiene una respuesta que sintetiza a la perfección la opinión de los residentes al respecto:

H: La pregunta que has planteado es casi cerrada, ¿sabes? Nadie va a decir que no ha aprendido porque es que es la primera vez que te vas a enfrentar a un enfermo, la primera vez que te vas a enfrenar a problemas, la primera vez que hemos asumido lo que es la realidad, hemos visto lo que es la muerte, hemos visto que alguien nazca...

Grupo 2

Tal y como afirma el MIR R4 autor de la cita, ningún interno puede negar la magnitud de lo aprendido durante la residencia. Teniendo en cuenta que, como ya se viera, el contenido de las carreras de los futuros profesionales sanitarios es fundamentalmente teórico, toda la experiencia acumulada durante la residencia supone un salto enorme en su bagaje. Los residentes a finales de su formación miran atrás recordando sus comienzos en el SSPA, y reconocen que, en aquel entonces, no sabían prácticamente nada de su oficio. Sus conocimientos eran estrictamente teóricos, procedían casi exclusivamente de los libros. La residencia ha supuesto en este sentido un giro de ciento ochenta grados en su carrera profesional. No sólo han aprendido la técnica (diagnosticar, realizar pruebas, interpretar resultados, historiar, etc.), sino que han aprendido a comunicarse con los pacientes, a trabajar en equipo y a reaccionar ante las más diversas situaciones. La residencia se vive incluso como un proceso de maduración personal:

H: Ya no es solo tanto lo, en lo asistencial, en la relación medico-enfermo, sino en el trato con tus compañeros, discusiones con otros especialistas, en fin, que eso también ha cambiado muchísimo...

M: Te haces mayor

H: Te haces mayor...

H: Discutiendo con el internista a las cinco de la mañana, aprendes, aprendes mucho

Grupo 2

Ahora bien, ello no hace que olviden la falta de apoyo en el proceso formativo, ni la sensación de haber sido utilizados como mano de obra barata, ni la ansiedad de enferentarse en soledad a los pacientes cuando no contaban con las habilidades clínicas que finalmente han acabado adquiriendo. Por ello, la valoración que los internos veteranos hacen de la residencia es agri dulce: por un lado, conceden que ha sido una experiencia positiva y hasta necesaria, en tanto en cuanto en la misma han aprendido a ser profesionales; por otra parte, no pueden dejar de lado la decepción que ha supuesto en muchos otros sentidos, el sinsabor de haber aprendido a base de errores, prácticamente en soledad y a fuerza de

dedicar gran parte de su tiempo. En palabras de uno de los MIR asistentes al grupo 4, han aprendido “contra todo pronóstico”.

Así pues, puede afirmarse que, en última instancia, la residencia es una herramienta útil para formar a los profesionales sanitarios, y así lo reconocen los propios internos. No obstante, este hecho no puede hacernos perder la perspectiva del coste que supone para los residentes, el cual es principalmente anímico. Es cierto que gracias a la formación residencial los futuros profesionales no sólo adquieren las habilidades y competencias necesarias para el desempeño de sus puestos de trabajo, sino que también asumen parcialmente una cultura sanitaria más rica, amplia y profunda que la que aprendieron estudiando la carrera. Pero no es menos cierto que la metodología docente, de haberla, se cobra un precio demasiado alto a cambio: la energía, la ilusión y la motivación de los residentes. La sensación de ser usados como trabajadores sumisos y de bajo coste; la ausencia de apoyos por parte de tutores y adjuntos; la frialdad o el autoritarismo en el trato con sus superiores; la carencia de apoyos para el estudio y la investigación y, en suma, la orientación prioritariamente laboral de la residencia; la suma de todos estos factores va minando la ilusión del residente, que por fin termina por capitular y se limita a adaptarse a la situación. Por supuesto, en parte es bueno que se eduque a los internos en una cultura sanitaria distinta, ya que éstos comienzan la residencia con unas concepciones excesivamente estrechas de la salud y la sanidad, que con cierta arrogancia tratan de imponer en sus labores cotidianas. Empero, la forma en la que lo aprenden supone que por el camino se pierdan las ganas y el optimismo con los que los internos comienzan la residencia. De esta forma, se imprime en ellos un pesimismo muy marcado, el cual les predispone a ser cautos, a mostrar reservas ante cualquier innovación o posibilidad de cambio:

H: Yo creo que el problema de todo esto es filosófico en realidad, porque al final siempre tendemos a hacer lo mismo, buscar maneras de mejorar de hacer las cosas mejor de que todo vaya bien, tal, y al final siempre se reduce todo a lo mismo y al final siempre caemos en el mismo error que es dejarlo todo fluir y al final examen, pon, cortapisa, siempre es así, vas a mejorar, protocolos y todo... Y al final como acaba todo, lo dejamos fluir, lo dejamos llegar hasta aquí y aquí, parón, un poco más adelante, otro parón, y aquí vamos a ver que la gente ha adquirido el nivel necesario, pero tampoco se preocupan de darte el nivel necesario...

Grupo 2

La cita anterior resulta ejemplar de esta visión suspicaz y pesimista que termina por conquistar al residente, fruto de cuatro años de decepciones continuas. Es comprensible que al final el residente prefiera dejar de luchar, encogerse de hombros y adaptarse. Después de todo, durante todo el periodo residencial sus propuestas han sido olvidadas y sus quejas ignoradas. A nuestro juicio esto supone una enorme pérdida para el SSPA, en la medida en que se tiende a reproducir malas prácticas formativas y laborales, así como a dificultar la implicación de los profesionales sanitarios respecto a la innovación y la mejora constante de la prestación sanitaria, objetivos centrales para el SSPA. Pero sobre todo porque se sacrifica la iniciativa de los residentes, su voluntad de superación y la vocación que les impulsó en primer lugar hacia lo sanitario:

H: Tú sabes que medianamente si tu estás cuatro años “yo acabaré siendo pediatra, a mi me darán el título, seguro, yo ya he hecho el examen, yo acabaré teniendo el título”. Otra cosa es que yo luego pueda sentirme un pediatra de decir: “Yo me monto mi consultilla, voy a curar cuatro moquitos que traigan las madres y les daré un montón de medicamentos” porque la sociedad va así. Y creerá que yo soy mejor médico porque le he dado diez fármacos para tratar un moco, y si no lo hago será el peor médico. Pero un poco el dilema es ese de decir: “¿Qué voy a ganar dinero?” o la otra es: “Me voy a sentir bien siendo médico”. Y al final se acaba diluyendo un poco esa medicina de cuando entraste a primero de carrera. “He luchado, he hecho una selectividad y he entrado ahí”. Y al final se acaba quedando un poco así, bueno “voy a sobrevivir como ahora estoy, yo quiero mi dinero, y quiero mi familia, mi novia y mis amigos y ya está, si el hospital funciona un poco peor, funciona un poco peor”.

Grupo 1

Esta cita es extraordinariamente significativa, pues pone de manifiesto dos actitudes bien distintas frente a la profesión. Como dice el residente autor de la misma, una cosa es ser médico y otra muy dife-

rente sentirse bien siendo médico. La aspiración de los internos cuando comienzan la residencia es esta segunda: desarrollar una carrera profesional en la que se sientan satisfechos con su trabajo, realizando en todas sus dimensiones esa potencial vocación que les inclinó hacia lo sanitario. Sin embargo, la residencia les conduce a la primera: a la adaptación resignada a una realidad que ven imposible cambiar, y que finalmente puede conducirlos a una postura cínica, simplemente a aprovecharse cuanto puedan de la situación. Está pues en manos del SSPA decidir qué tipo de formación residencial es preferible: aquella que produce profesionales sanitarios, o aquella que forma profesionales sanitarios que se sienten bien siendo profesionales sanitarios.

6. OTROS PROBLEMAS DE LA FORMACIÓN RESIDENCIAL

Una vez analizados los elementos centrales del discurso de los residentes sobre su formación, dedicaremos este capítulo a algunos aspectos concretos de la misma en los que hasta el momento no hemos podido detenernos adecuadamente pese a que se debatiesen en los grupos. De hecho, no ha sido posible atender debidamente estos temas precisamente porque la percepción que los residentes tienen de los mismos se encuentra fuertemente mediatizada por las concepciones generales a las que se han consagrado los capítulos precedentes. Así pues, en este capítulo se profundizará en cuatro problemáticas específicas de la formación residencial: las rotaciones, los cursos del SSPA, la evaluación y el material para la formación y la investigación.

6.1. Rotaciones

Aunque ya se ha hablado de las rotaciones en otros capítulos, no está de más repasar la postura de los residentes acerca de las mismas. Gracias a las rotaciones, los internos adquieren una visión de conjunto tanto de su profesión como del SSPA, su perspectiva se amplía, su cultura sanitaria se enriquece, les permite trabajar con diferentes equipos, etc. Los residentes son conscientes de ello, de manera que la valoración general de las rotaciones es, por lo general, muy positiva. Alguno de los asistentes comentó que incluso las rotaciones le habían resultado útiles para aclarar sus prioridades y escoger la especialidad más acorde a sus habilidades e intereses:

M: En mi caso nosotros rotamos por todos los equipos de salud mental, hospital de día, comunidad terapéutica, hospital infantil, adultos, agudos, crónicos... La verdad era una de las razones por las que hice la oposición e intenté ser residente, porque no me decidía. Me gustaba la clínica en el sentido más amplio y... la verdad que para saber a qué te quieres dedicar o de qué puedes trabajar primero tienes que experimentarlo y vivirlo y trabajar en ello, porque puedes tener muchas ganas de trabajar con niños, por ejemplo, pero no tener aptitudes para eso. Entonces eso solo te das cuenta cuando trabajas con los niños y ves y dices: mira es que no tengo nada de paciencia, me gusta mucho pero..

Grupo 3

Ello no fue óbice para que los participantes manifestasen algunos problemas asociados a las rotaciones. En el capítulo 2 se vio como algunos de los MIR no encontraban útiles las rotaciones por atención primaria, puesto que no les ayudaban a formarse como especialistas. Aunque esta opinión se da sobre todo entre los médicos, puesto que es la medicina el campo en el que la especialidad cobra mayor importancia, también la encontramos en otros residentes. Quienes pensaban de esta forma abogaban por la voluntariedad de las rotaciones, es decir, porque sea el propio residente quien elija los servicios por los que quiere rotar, o al menos que pudiese decidir el tiempo dedicado a cada rotación:

M: Yo creo que debería ser el residente el que eligiera, o sea, no que se te impongan... tienes que rotar 4 meses aquí, 5 meses aquí obligatorio, sino que existiera más flexibilidad en decir, oye, pues a mí me interesa más la inmunología. Que no digo no rotar por sitios que no te gusten, sino que sea más flexible. Por lo menos en mi servicio son 3 rotaciones por año, establecidos los meses, todas las fechas, y es muy difícil salirte de ahí. Ya te digo, por más que pidas una rotación externa siempre tienes que ver el cuándo termina la rotatoria de antes, del siguiente, que te coincida la fecha y no se qué... También nosotros tenemos 6 meses libres de rotación para hacer lo que nos de la gana. Si te quieres dedicar al doctorado, si quieres hacer una rotación donde sea o si quieres repetir en algún laboratorio.

Pero siempre queda muy ajustado, nunca se te quedan 6, siempre te quedan 4, que tampoco en 4 meses te habitúas a hacer algo así nuevo...Yo creo que según los intereses de cada uno, ya cuando eres R4, según tus inquietudes profesionales, donde quieras acabar después...

Grupo 4

En nuestra opinión esto puede entrañar el riesgo de que el residente termine por rotar sólo por los servicios que le interesan respecto a su especialidad, perdiéndose algunas de las ventajas asociadas a las rotaciones, precisamente aquellas mencionadas más arriba y que los propios asistentes destacan. Quizá pueda concederse cierta autonomía al residente en la elección de las rotaciones o del tiempo dedicado a cada una de las mismas. Pero sería igualmente recomendable que se limitase a los últimos años de la residencia y siempre estableciendo como mínimo exigible que se rote por todos los servicios.

Otro problema de las rotaciones atañe precisamente a la diversidad de los servicios. Algunas rotaciones pueden aprovecharse menos por dar con adjuntos poco implicados en la formación de los residentes, o porque la calidad del servicio no es la mejor. Esta dificultad podría no ser tal, pues el residente tiene la posibilidad de realizar la rotación correspondiente a dicho servicio en otro centro, incluso en el extranjero. Mas algunos de los participantes se quejaron de no haber podido recurrir a esta opción, puesto que su servicio o la dirección de sus centros se lo habrían impedido, o al menos no les habrían dado facilidades para hacerlo. Sería pues deseable asegurar que todos los residentes puedan realizar rotaciones externas si es su deseo.

Finalmente, un tercer inconveniente asociado a las rotaciones debatido en los grupos fue la escasez de tiempo de algunas de ellas, lo que impediría que los residentes las aprovecharan tanto como les gustaría.

6.2. Cursos del SSPA

Los residentes reciben cursos de especialización impartidos por diferentes agentes del SSPA: el SAS, la Fundación IAVANTE, e incluso los propios hospitales o centros de salud. Esta cuestión fue profusamente debatida en los grupos, formulando los asistentes numerosas críticas a los mismos. La más habitual de todas ellas remite a la falta de interés que algunos de ellos merecen a los residentes, en especial aquellos más alejados de su función como futuros especialistas, como por ejemplo los relacionados con la gestión:

H: Sobre todo el de gestión ha sido lo peor de mi vida de verdad, la experiencia más poco gratificante y más frustrante de toda mi vida. Ir a un sitio y que te suelte, se lo dije allí al profesor, era como si me fuera a la facultad de caminos y me metiera en ciencias de los materiales y me dijeran: bueno vamos a dar cinco horas de ciencias de los materiales, y me tienes que hacer un trabajo exhaustivo sobre ciencia de los materiales. Y yo dijera: ¿pero de qué estamos hablando?, esto yo no lo he visto en la vida. Igual, era la misma sensación, un curso de gestión que te dan ahí cuatro notas que no tienen... o sea que no sacas una idea clara de, ni siquiera de que va, de lo que es la calidad, y luego te dicen: tienes que hacer un trabajo.

Grupo 2

Por ello, algunos residentes plantearon la posibilidad de que todos los cursos fuesen optativos, de modo que cada interno escogiera sólo aquellos que le interesasen. Aquí volvemos a encontrarnos con el mismo problema de las rotaciones. Si se dejase una completa libertad a los residentes para que eligiesen sólo aquellos cursos en los que tuvieran interés, lo más probable es que muchos de ellos dejasen de realizar cursos que, aunque ellos crean que no necesitan, son fundamentales en su formación (la bioética puede ser un ejemplo muy significativo en este sentido). Quizá por ello resulte necesario mejorar la comunicación con los residentes, hacerles ver la utilidad de los cursos en lugar de limitarse a declarar obligatoria la asistencia a los mismos. Igualmente, es posible que sea necesario revisar tanto el contenido como la metodología docente de los mismos. Volviendo al ejemplo del curso de gestión, no todos los residentes renegaron del mismo, afirmando que estarían dispuestos a realizarlo si se rebajase su nivel de exigencia, en la medida en que se trata de un campo que desconocen. Parece pues razonable atender

esta petición y ajustar los contenidos de los cursos a las posibilidades de los residentes.

Una crítica unánime de los internos no médicos a los cursos del SSPA, en especial los cursos obligatorios impartidos por el SAS, fue el hecho de que están pensados exclusivamente para los médicos. Teniendo en cuenta que la asistencia a los cursos del SAS es obligatoria para todos los residentes, esto conduce a situaciones del todo inapropiadas. Por ejemplo, que los FIR, que no tienen contacto directo con los usuarios, deban acudir a un curso de entrevista clínica, algo de lo que se dan cuenta hasta sus compañeros MIR. En suma, o se dispensa a los residentes no MIR de la asistencia a este tipo de cursos, o bien se replantea la organización de los cursos para que cada interno disponga de itinerarios adaptados a su especialidad. En cualquier caso el discurso de los residentes en este sentido parece ser un indicador claro de que la idea de formación en competencias no ha calado en su concepción de la residencia, lo que de nuevo remite a una desconexión entre la política sanitaria y la formación residencial.

Otro problema asociado a los cursos del SSPA concierne a la organización de los mismos. Algunos residentes se lamentaron de haber hecho cursos cuyos contenidos eran redundantes. Los cursos son organizados por instituciones distintas, pero ninguna se preocuparía por saber qué cursos ha realizado cada residente, a pesar de que se les impone la asistencia a todos. Además, algunos de los cursos se impartirían a destiempo, restando su potencial utilidad para los residentes, como ejemplificaría el caso de un MIR al que envían a realizar un curso de entrevista clínica al final de su primer año, cuando ya tiene una experiencia acumulada de relación con los pacientes, en lugar de a comienzos del mismo. También fue motivo de críticas la diferencia de calidades entre los cursos, que llevó a los residentes a reclamar una mayor homogeneidad entre ellos.

A pesar de todo los residentes, sobre todo los MIR, valoran positivamente los cursos, en especial aquellos referentes a temáticas que no se tratan o se tratan insuficientemente en la carrera. Los cursos, dicen, son una buena idea. El problema es, como se ha dicho, la plasmación de esa idea. La redundancia de contenidos, la descoordinación entre las instituciones que los imparten, la diferencia de metodologías, recursos y calidades entre unos y otros, su orientación casi exclusivamente médica o, como se adelantara en capítulos anteriores, la obligación de hacerlos fuera del horario laboral, restan a los cursos mucho del atractivo que pudieran tener a priori para los residentes. Como resultado, los internos terminan por valorar negativamente muchos de los cursos, considerándolos una pérdida de tiempo:

M: De verdad, yo cuando me senté ayer a dar el curso me sentí la persona más tonta del planeta, es que yo no entiendo que hago, un mes me he pasado viendo eso y ahora plantan haciendo lo mismo (...) Por ejemplo, cuando nosotros hicimos el curso ese de urgencias, parece que a nosotros nos lo dieron de distinta manera según el hospital. Porque eso lo ha estado contando antes, ella ha estado en Valme y lo de la entrevista médico-paciente, como yo he dicho antes de las simulaciones con actores y eso, ellos no lo tuvieron y nosotros en un curso de urgencias allí en el Rocío aprendimos a entubar, a coger vías centradas, a coger vías periféricas... Entonces ahora hacemos el siguiente modulo es "Relación médico-paciente", yo ya lo he hecho, y después tuvimos un curso de RCP donde se ponen a entubar, pero es que no tiene ningún tipo de sentido. Y pierdo dos tardes y un mes conectada al ordenador por el portal MIR.

Grupo 1

Así pues, parece que este es un aspecto en el que se debe mejorar mucho todavía.

6.3. Evaluación

En la entrevista mantenida durante la fase exploratoria con el jefe de formación de uno de los hospitales de referencia de Andalucía, el entrevistado afirmó que uno de los puntos débiles de la formación residencial lo constituye la evaluación de los conocimientos de los internos. Los tutores, continuaba el entrevistado, no siempre están seguros de que el residente termine el periodo habiendo aprendido todo lo necesario como para considerarle apto para desempeñar el trabajo propio de un profesional sanitario. Por esta razón, defendía la oportunidad de realizar exámenes prácticos al final de cada año de la residencia, que evaluaran las aptitudes de los internos, tal y como se realizan en otros países europeos. El

residente que no aprobase un examen se vería obligado a repetir un año entero de residencia.

Los asistentes coincidieron en calificar negativamente el actual sistema de evaluación, consistente en que el responsable de cada servicio por el que rota el residente puntúe entre 1 y 3 una serie de dimensiones que, en teoría, éste debe haber aprendido. Algunos de los participantes ni siquiera conocían este procedimiento, o no le veían utilidad alguna. Tampoco los tutores parecen tomarse demasiado en serio el sistema. Pero por encima de todo, el sistema de evaluación se encuentra deslegitimado a ojos de los residentes porque quien no te ha enseñado nada no tiene derecho a evaluarte:

H: A mí me parece una desfachatez total, que a tí intenten evaluarte por algo que no se han preocupado en toda tu formación de inculcartelo ni de... Y cerciorarte de que lo estas adquiriendo, o sea tú me vas a evaluar a mí de una formación que no me has dado, es decir que me la he proporcionado yo mismo y porque yo he estado pendiente, ¿entonces tú qué es lo que tienes que evaluar externamente? (...)

H: Es tan absurdo como si un adjunto viene y te dice: hoy me vas a pasar la consulta, tu solo, te vas y me pasas la consulta, y yo paso la consulta. Y al final de la consulta me dice: ahora te voy a examinar para ver si sabes pasar un consulta o no, es igual. Entonces, ¿con qué derecho vienes tu a examinarme a mí? O sea, cómo vas a evaluar mis conocimientos si no me los has dado, no tienes derecho, es un contrasentido...

Grupo 2

En efecto, para los residentes quienes hacen dejación de sus funciones como formadores, aquellos que no les han apoyado nunca, no tienen ninguna legitimidad para evaluarles. Parece pues obvio que el vigente sistema de evaluación debe cambiar, teniendo en cuenta que ni los tutores ni los internos lo consideran válido. Ahora bien, cuando se planteó a los participantes la alternativa de realizar un examen, el rechazo fue rotundo y unánime. La razón para hacerlo fue casi siempre la misma que esgrimen para descalificar el actual sistema de evaluación, es decir, el abandono de los tutores:

H: La necesidad de examen surge porque tu tutor no está contigo. Si tú tuvieras a tu tutor continuamente contigo él sabría perfectamente lo que tú sabes y lo que no, cuando acabas la residencia: "este muchacho está perfectamente capacitado..."

H: Y se pondría las pilas y tu tutor estudiaría mucho más contigo.

M: Sabría perfectamente y te puede decir: "oye, te falta esto" Siempre que tuvieras una persona constantemente tú no tienes necesidad de una persona que esté así con la espada en plan....

Grupo 1

El examen es necesario sólo en la medida en que los tutores no se relacionan con los residentes, porque no los conocen. Por consiguiente no saben si realmente están adecuadamente cualificados. Aceptar el examen como método de evaluación supondría, por tanto, normalizar el statu quo, avalar el abandono de los residentes por parte de los tutores. Algo que, en buena lógica, resulta inaceptable para los internos. Por otro lado, los asistentes opinaron que la introducción de exámenes distorsionaría la formación residencial, ya que predispondría a los internos a estudiar para aprobarlos, no para aprender. Las únicas opciones que los residentes encuentran razonables son la evaluación continua de los tutores y la autoevaluación, ya que para ellos el primer interesado en su formación sería el propio residente.

6.4. Material

Cuando preguntamos a los asistentes por el material disponible en sus centros de trabajo, se produjo un consenso bastante amplio, tanto en lo tocante a aquellos aspectos que consideran bien cubiertos, como a los que encuentran insuficientemente provistos. Respecto a los primeros, los participantes se mostraron muy satisfechos con la dotación de las bibliotecas, y con el acceso a documentación, información y revistas, en especial a través de Internet. En cambio, en opinión de los participantes hay dos

carencias de material que resultan especialmente perjudiciales para su formación y el desarrollo de su trabajo diario. Una de ellas refiere al material informático. Los internos coincidieron en afirmar que, para su sorpresa, en el SSPA los equipos informáticos resultan muy escasos. Hasta el punto que, en ocasiones, para trabajar con el ordenador deben esperar a que alguno de los adjuntos termine de utilizar el suyo. Por lo demás, el problema no sería sólo de cantidad, sino también de calidad. No sólo habrían pocos equipos, sino que muchos de los disponibles se encontrarían muy desfasados, con paquetes informáticos y sistemas operativos superados, sin puertos USB ni cargadores de CD Rom. En pleno siglo XXI, no parece que este sea un ambiente óptimo para la formación de los futuros profesionales sanitarios:

H: En mi caso por ejemplo en el Ruiz de Alda, de ordenadores y tal, que se supone que estas en una época de formación en la que tienes que buscar, en la que tienes... los ordenadores de residentes, de la sala o la biblioteca no tienen para introducir pen, a día de hoy tienen Windows 95, o sea creo que son cosas que hoy día porque... hoy poder meter un pen en un sitio es que...

M: Fundamental

M: A nosotros lo que nos da es el acceso interno al corro y no tengo ni para CD ni para pendrive ni... es una vergüenza

H: Tienes que ir con disquetes que ya no sabes ni donde se venden... (risas)
Grupo 2

El segundo elemento que los asistentes echan de menos en sus centros es un espacio propio para los residentes: una habitación donde puedan reunirse, alojar su material, disponer de una biblioteca y ordenadores propios, estudiar, etc. Especialmente grave sería la ausencia de cuartos acondicionados para las guardias nocturnas de los MIR. Los asistentes a los grupos 1 y 2 criticaron duramente las condiciones en las que, según sus palabras, deben realizar los turnos de noche. Afirman que las habitaciones dispuestas para cambiarse y descansar no cuentan con lavabos ni duchas, ni con suficientes camas (en ocasiones ni siquiera con sábanas) las cuales, además, en momentos de saturación serían empleadas para alojar pacientes. Como en muchas otras ocasiones, los residentes sienten que este tipo de trato es una prueba de que ocupan el último lugar en la jerarquía del SSPA:

H: Nos gustaría tener una sala donde nosotros pues... para residentes, pero si muchos de nuestros adjuntos no tienen despacho, como vas a aspirar a que el último mono... Los dormitorios son un desastre.

H: Cuidando del profesional de la salud
Grupo 2

No sabemos hasta que punto estas apreciaciones son ciertas. Lo único seguro es que no son las circunstancias más apropiadas para que los residentes se formen o desempeñen las labores que se les asignan.

7. CONCLUSIONES

Si se observan detenidamente los debates que tuvieron lugar en los grupos de discusión, es posible reconstruir un modelo de la trayectoria que siguen los internos en los cuatros años de su formación residencial. Este ciclo del residente, puede resumirse de la siguiente manera:

Los futuros residentes adquieren principalmente durante la carrera una determinada cultura sanitaria (es decir, un conjunto coherente de concepciones sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad, así como el modo en el que se relacionan entre sí y la forma de intervenir en sus procesos). Tal cultura se incardina fundamentalmente en los criterios del campo de conocimiento propio de su profesión, en especial en el

caso de los médicos. En cambio, la filosofía en que se inspiran las políticas del SSPA ha evolucionado mucho en los últimos tiempos: responde a una definición compleja de salud (que deja de ser concebida solamente como ausencia de enfermedad para pasar a ser producto de multitud de dimensiones que escapan a lo puramente sanitario, como el medio ambiente natural y social y la autopercepción de la salud) y sitúa al usuario como centro del sistema sanitario. El futuro residente se crea así unas expectativas que no se corresponden con la realidad que encontrarán posteriormente en el SSPA.

Por otra parte, la formación que los futuros residentes reciben durante la carrera no les prepara adecuadamente para trabajar en el SSPA. Esto se debe a varias causas, entre las que cabe destacar la insuficiencia de prácticas y el carácter poco participativo de las mismas, la excesiva fragmentación de los contenidos, la tendencia a una máxima especialización y la falta de orientación sanitaria de muchas carreras (psicología, farmacia, biología, etc.). Los residentes se incorporan al SSPA con una buena base de conocimiento teórico, pero encuentran muchas dificultades para plasmarla en la práctica diaria, además de presentar lagunas muy importantes en cuanto a las habilidades comunicativas y el trabajo en equipo.

De todos modos, los futuros profesionales sanitarios comienzan la formación residencial con mucha ilusión y motivación. Han aprobado un examen de acceso muy duro y tienen muchas ganas de comenzar a trabajar tras estudiar durante tantos años. No obstante, la motivación no es la misma para todos los residentes. A menudo los MIR no han logrado ser seleccionados para la especialidad que les hubiera gustado desempeñar, teniendo que conformarse con la que se les asigna en función de su nota en el examen de acceso. Lo cual provoca que afronten la residencia con menor disposición que el resto de sus compañeros.

Los internos sufren una primera decepción nada más comenzar el periodo residencial. Perciben muy pronto que sus expectativas estaban muy alejadas de la realidad del SSPA: se les encargan algunas de las tareas más duras del SSPA, como las urgencias hospitalarias o las guardias nocturnas; se les somete a una carga de trabajo que les impide dedicar tiempo al estudio o la investigación; sus jefes les tratan con frialdad; la única formación que reciben es la que necesitan para sacar adelante el trabajo diario; las ayudas para la publicación o la asistencia a congresos son escasas cuando no inexistentes; no encuentran cauces efectivos de participación, de manera que sus propuestas y quejas son ignoradas... Todo ello les lleva a pensar que, en realidad, la función principal de la residencia no es la formación, sino disponer de mano de obra de bajo coste.

Con todo, lo que más lamentan es el abandono de los tutores y adjuntos. Con la excepción de los PIR, residentes de todas las especialidades coincidieron en señalar este problema. Desde el primer momento al residente se le encomiendan tareas propias de profesionales, sin que los adjuntos o los tutores se encuentren a su lado para supervisar sus acciones. Esto provoca una gran ansiedad a los internos, puesto que se ven enfrentados en solitario a situaciones para las que no se sienten preparados, en especial aquellos que mantienen contacto directo con los pacientes. En estas circunstancias les asalta el miedo a equivocarse, la sensación de que su trabajo no se valora y la frustración de comprobar cuan alejadas de la realidad estaban sus expectativas.

A pesar de verse inmersos en un escenario tan poco halagüeño, los residentes deciden esforzarse y tratar de superarlo. Dado que no tienen más remedio que cumplir con las tareas que les son asignadas, los internos se esfuerzan por hacerlo lo mejor que pueden. Buscan sacar el mayor partido posible a cada oportunidad que se les presenta. Protestan enérgicamente por lo que consideran una situación injusta que creen que ni merecen, ni les corresponde por contrato. Se enfrentan a sus superiores. No sin cierta arrogancia, pretenden imponer su propia visión del trabajo tanto a sus jefes como a los usuarios. Idean propuestas para mejorar sus servicios. En síntesis, aprietan los dientes, sacan fuerzas de flaqueza e intentan hacerse su propio hueco dentro del SSPA: aspiran a cambiarlo.

El paso del tiempo va minando su energía combativa y su voluntad de cambio. Poco a poco el cansancio les gana, se hartan de discutir, de pelear continuamente. Finalmente se resignan y deciden adaptarse. Se limitan a reproducir lo que reciben, si bien adoptan una actitud pragmática, tratando de sacar

el máximo provecho posible a las oportunidades que se les presentan en lo que les resta de residencia.

Al final de la formación residencial, los internos mantienen una valoración agrídice del periodo. Por un lado, no sólo han aprendido su oficio, también a comunicarse, a trabajar en equipo, a solventar conflictos, a solucionar emergencias, etc. Han acumulado una gran cantidad de experiencia, han podido contrastar perspectivas profesionales diferentes y han logrado establecer una visión global de su campo de conocimiento que no tenían al terminar la universidad. La residencia se vive incluso como un periodo de maduración. En cambio, han perdido gran parte de la motivación con la que partían. Aquella vocación que les empujó a escoger una profesión sanitaria ha desaparecido casi por completo. Ya no tienen la misma ilusión, su actitud ha tornado en descreída y pesimista. Han pasado demasiado miedo, demasiada ansiedad, demasiada frustración. En suma, la residencia ha supuesto para ellos, en cierto sentido, una gran decepción.

¿Qué conclusiones pueden extraerse de este proceso? Mirándolo desde el lado positivo, puede afirmarse que la residencia cumple con creces el objetivo de formar a los profesionales sanitarios. Los internos desarrollan las habilidades y competencias necesarias para ejercer sus respectivos oficios (por ejemplo, las habilidades clínicas en el caso de los MIR: comunicarse con los pacientes, diagnosticar, historiar, etc.), que por lo demás corresponden a los puntos peor cubiertos por la formación universitaria. Aprenden también a ser profesionales: a trabajar en equipo, a resolver situaciones, planificar, etc. Asimismo, su cultura sanitaria varía sensiblemente. La residencia permite a los internos conocer en profundidad el funcionamiento interno del SSPA y los principios centrales que rigen su política. Las nuevas concepciones sanitarias del SSPA son rechazadas en un primer momento, en la medida que éstas tienden a desplazar del centro del sistema al profesional a favor del usuario, cuestión que choca frontalmente con la cultura sanitaria que han adquirido durante la carrera. Sin embargo, al final de la formación residencial los internos se muestran mucho más comprensivos y abiertos, habiendo asimilado, aunque nunca en su totalidad, parte de la nueva filosofía del SSPA. En resumidas cuentas, la residencia puede considerarse como un sistema educativo exitoso.

Ahora bien, no pueden obviarse dos cuestiones fundamentales que arrojan muchas dudas sobre esta conclusión. Primera, a pesar de que el fin último de la residencia (formar a los profesionales sanitarios) se satisface, ¿los medios son los más apropiados?, la forma en la que aprenden los residentes ¿optimiza su rendimiento o éste podría potenciarse mucho más? Segunda, ¿cuál es el coste de la formación?, ¿es legítimo hacer pasar a los residentes por determinadas experiencias negativas?, ¿qué se está perdiendo en el camino? Efectivamente, que la formación residencial cumpla sus objetivos principales no puede hacernos olvidar la forma en la que se produce: el fin no justifica los medios. No se deben pasar por alto la irresponsabilidad de los tutores y adjuntos que abandonan a los residentes, ni la falta de apoyo para el estudio o la investigación, ni desde luego el sufrimiento y la frustración que padecen los internos. Si la formación se toma como precio la motivación e ilusión de los residentes no se está haciendo un buen trabajo. Porque además estos problemas repercuten de un modo u otro en el propio SSPA: en la calidad de los servicios, puesto que si el residente trabaja sin supervisión quien puede pagar las consecuencias de sus errores es el usuario; por la reproducción de malas prácticas y concepciones que se tratan de superar; y sobre todo, en la producción de profesionales desencantados, carentes de iniciativa y reacios o suspicaces ante la posibilidad de cambio.

La formación residencial puede y debe mejorar. A tenor de los resultados del estudio, pueden apuntarse algunas medidas que podrían contribuir a ello:

Establecer mayor progresividad en la asunción de responsabilidades: evitar que el salto entre la carrera y la residencia sea tan brusco como es actualmente. Lo cual supone intervenir en los dos escenarios. Primero en la carrera, impulsando la realización de un mayor número de prácticas, no sólo de tipo pasivo (observar lo que hacen los profesionales), sino que impliquen la participación del alumno. Lo cual, afortunadamente, parece que se está contemplando en los nuevos planes de estudios de carreras como medicina. Segundo en los centros del SSPA, fomentando que el residente no se encuentre solo en sus primeros tiempos, garantizando que tenga siempre cerca a adjuntos a los que pueda consultar en caso de dudas y que a su vez supervisen su labor. Según el interno se vaya sintiéndose más seguro de su trabajo puede ir asumiendo más responsabilidades y necesitando cada vez menos la presencia de

formadores, hasta que al fin pueda valerse por sí mismo para realizar sus tareas.

Procurar un mayor equilibrio entre la formación práctica y la teórica: las tareas asistenciales de los residentes deben dejar suficiente tiempo para el estudio, la investigación, la asistencia a cursos de especialización o a congresos y reuniones científicas. Del mismo modo, sería recomendable que se incrementase el esfuerzo por orientar y apoyar a los residentes en estos aspectos, incluyendo su financiación (sobre todo en el caso de los internos no MIR). Sería un gran éxito lograr que los residentes sintiesen que se están formando, en lugar de sospechar que son utilizados como fuerza de trabajo.

Acreditar y formar a los tutores: la labor docente de los tutores es uno de los elementos peor valorados de la formación residencial. En consecuencia debe recibir especial atención. Es necesario el control de las actividades, comprobar que todos los tutores cumplen con su cometido, estableciendo una selección estricta de los mismos y penalizando a quienes no ejerzan como tales. Por supuesto, ello también pasa por dar facilidades a los docentes: cumpliendo estrictamente la nivelación de tiempo, incentivando su implicación, formándoles adecuadamente y fomentando la actualización de conocimientos. En cuanto a los adjuntos, sería menester recordar sus responsabilidades formativas y animar a que se comprometan, por ejemplo incluyendo los aspectos docentes en la baremación de calidad de las unidades de gestión clínica.

Sistematicidad y control: sería muy deseable establecer una vigilancia más estrecha del cumplimiento de los planes de formación, garantizando que se destina una partida presupuestaria mínima e identificando los puntos débiles para actuar sobre ellos. Asimismo, sería conveniente comprobar en qué medida los centros del SSPA están preparados para formar a los residentes y efectuar las mayores inversiones posibles para dotarlos adecuadamente. De igual manera, facilitar las rotaciones externas de los residentes, para que puedan formarse adecuadamente en servicios de los que sus hospitales no dispongan. Del mismo modo, establecer protocolos de formación y actuación, sistematizando la residencia pero procurando ser suficientemente flexibles como para atender a la particularidad de cada centro, cada especialidad e incluso de cada interno. El objetivo no es otro que asegurar que todos los residentes disponen de las mismas oportunidades.

Potenciar la comunicación y la participación: es necesario mejorar la política de comunicación con los residentes, haciendo que éstos comprendan la utilidad y los fines de cada política, formativa o no, del SSPA. Actualmente los internos no consideran que determinadas rotaciones, cursos, etc. sean provechosos para su formación, las más de las veces porque no entran dentro su campo específico de intereses. Sería bueno hacerles ver el propósito de todas y cada una de las acciones de los planes de formación, para que entiendan en qué medida les serán útiles en el futuro. En la misma línea, sería aconsejable explicarles con mayor detenimiento los principios y concepciones en los que se asienta el SSPA y buscar modos de que se impliquen en ellos, a fin de que los incorporen como el centro de su cultura sanitaria. Igualmente, sería interesante reforzar los mecanismos de participación de los residentes, para que su voz sea realmente escuchada y sus aportaciones tenidas en cuenta. De este modo es mucho más probable la integración plena del residente en el SSPA, motivándole para que aporte, haciéndolo sentirse parte activa del sistema. Por esta misma razón, resultaría muy adecuado reconocer la especificidad de las especialidades no médicas, atendiendo a la particularidad de cada una de ellas, diseñando herramientas útiles para que puedan encontrar su propio espacio dentro del SSPA.

Muchas de estas medidas en teoría ya están contempladas en los planes de formación, pero no se cumplen en la práctica. Por ello, se requiere una política decidida, que mire por el cumplimiento de los planes de formación vigentes, pero que también de un paso adelante en su planteamiento. Observar los ejemplos positivos, aquellos que han hecho sentirse más satisfechos a los residentes, puede ser un buen punto de partida. El trabajo de los tutores de los PIR o la organización del trabajo en los hospitales comarcales, por poner dos ejemplos mencionados por los asistentes a los grupos, pueden servir como modelos, o al menos como piedras de toque, para el resto del SSPA. Merece la pena estudiarlos. Al menos si el objetivo es avanzar hacia una formación que apueste por un SSPA que disponga de profesionales que han alcanzado el mayor grado de excelencia. Y lo que seguramente es más importante, de profesionales que se sienten bien siendo profesionales.

SEGUNDA PARTE_
ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS

1. INTRODUCCIÓN

La sanidad, siendo uno de los puntales más importantes del Estado de Bienestar occidental, es un objeto de investigación suficientemente relevante por sí mismo. Pero además, debemos tener en cuenta que los cambios sociales producidos en los últimos años han incidido de manera profunda en el sistema sanitario español. La descentralización de muchas de las competencias estatales en esta materia han hecho que las adaptaciones al nuevo medio hayan sido irregulares y heterogéneas, siendo en particular el SSPA uno de los más innovadores y eficaces a la hora de enfrentarse a las nuevas demandas sociales.

Uno de sus mayores éxitos lo constituye el hecho de haber sabido integrar en su seno el campo educativo y el campo profesional. Precisamente esta preocupación por la formación de sus futuros especialistas es la que ha dado lugar al presente estudio global acerca de la satisfacción y expectativas de los mismos en relación con sus prácticas en centros sanitarios del SSPA. La parte que se presenta a continuación es la correspondiente al ámbito de la formación universitaria de ciencias de la salud, cuya relación es la siguiente:

Diplomaturas	Licenciaturas
Enfermería	Medicina
Fisioterapia	Farmacia
Terapia ocupacional	Odontología
Nutrición	Veterinaria
Podología	Física
Óptica	Biología
Logopedia	Química
	Bioquímica
	Psicología Clínica

De acuerdo con este contexto, los objetivos del estudio fueron los siguientes:

Conocer la opinión y el grado de orientación a la sanidad pública que presentan los alumnos de titulaciones sanitarias en sus diferentes discursos, así como indagar en su percepción acerca de la sanidad privada.

Estudiar los aspectos generales relacionados con la formación universitaria y analizar posibles interacciones entre el reciente plan de convergencia europea (Plan Bolonia) y la formación de contenido práctico.

Reconstruir el recorrido formativo del alumno a partir de sus propias experiencias durante la carrera y analizar la evolución de sus expectativas futuras.

Evaluar la percepción de los alumnos acerca de sus prácticas en centros sanitarios en base a criterios de organización, evaluación, participación y tutelaje.

Registrar las debilidades y fortalezas de los sistemas de prácticas en centros sanitarios pertenecientes al SSPA para, en base a ello, poder hacer una serie de recomendaciones de mejora de elementos negativos por un lado y de perseverancia en puntos positivos por otro.

Indagar en la posible relación entre los diferentes modelos de prácticas y la satisfacción del alumno en la realización de las mismas

Se ha creído conveniente distinguir cuatro dimensiones fundamentales en la conformación de posiciones discursivas de los alumnos. Son las siguientes:

Orientación clínica de la carrera: partiendo de la definición del Diccionario de la R.A.E. se entiende por clínico lo “perteneciente o relativo al ejercicio práctico de la medicina basado en la observación

directa de los pacientes y en su tratamiento”. Pese a esta definición, sabemos que hoy en día no sólo la medicina ostenta el ejercicio clínico -si bien es el ejemplo paradigmático-, sino que otras profesiones sanitarias también lo incluyen como parte de su labor profesional. Sin embargo, aunque todas ellas sean definidas como sanitarias, muy pocas tienen una orientación clínica exclusiva, sino que ésta suele ser en la mayoría de los casos una posibilidad entre varias. Del número de esas otras posibilidades profesionales dependerá su mayor o menor grado de orientación.

Orientación sectorial: esta segunda variable nos sirve para organizar las carreras en base a su orientación hacia el sector público o privado, ya que este hecho también puede introducir sesgos en el tipo de prácticas realizadas y expectativas puestas en las mismas. La clasificación dentro de uno u otro sector atenderá a la demanda que hace de ellos el SSPA.

Tradición de la titulación sanitaria: con este segundo elemento nos referimos al grado de consolidación de la titulación sanitaria dentro de la institución académica. Este hecho resulta relevante porque suele estar relacionado con la posición de la carrera en torno a la reforma educativa europea y su nueva filosofía pedagógica. De este modo, las carreras de larga tradición académica están en pleno proceso de transición de un modelo a otro. Por el contrario, todo el conjunto de nuevas diplomaturas sanitarias que han aparecido recientemente en el ámbito universitario han nacido ya bajo el nuevo marco educativo y por tanto dentro de la nueva cultura docente.

Modelo de prácticas: dependiendo del sector y el lugar de realización de las prácticas encontramos tres posibles modelos: un modelo interno, caracterizado por la creación en el seno de la facultad de una unidad clínica integrada donde los alumnos atienden a pacientes bajo la supervisión de los profesores; un modelo mixto, que ofrece a sus alumnos la posibilidad de realizar prácticas externas en centros sanitarios privados o públicos; y por último un modelo externo, donde las prácticas son de carácter optativo y exclusivamente en centros privados.

En concordancia con lo dicho y con la perspectiva general de la investigación, se optó por el uso de la metodología cualitativa como la más apropiada para satisfacer los objetivos del estudio. En concreto se emplearon las técnicas del grupo de discusión y la entrevista abierta. De esta manera, se llevaron a cabo una serie de grupos de discusión en diferentes puntos de Andalucía seguidos de entrevistas abiertas para profundizar en aspectos que habían quedado poco claros en la primera fase del campo. En las tablas 4 y 5 se detallan respectivamente las características de los grupos de discusión y entrevistas que fundamentan el contenido de esta parte del estudio.

GRUPO	DISEÑO	LUGAR	FECHA DE REALIZACIÓN	DURACIÓN APROXIMADA
1	8 estudiantes de medicina de segundo curso	Córdoba	14/04/08	1 hora y 35 minutos
2	8 estudiantes de medicina de último curso	Sevilla	29/04/08	1 hora y 18 minutos
3	8 estudiantes de medicina de último curso	Málaga	03/06/08	1 hora y 16 minutos
4	8 Estudiantes de enfermería de segundo curso	Córdoba	21/04/08	1 hora y 24 minutos
5	8 Estudiantes de enfermería de último curso	Sevilla	15/04/08	1 hora y 41 minutos
6	2 Estudiantes de Farmacia, 2 de Psicología, 2 de Odontología y 2 de Veterinaria (todos en último curso)	Sevilla	22/04/08	1 hora y 23 minutos
7	2 Estudiantes de Óptica y 4 de Podología (todos en último curso)	Málaga	05/05/08	1 hora y 20 minutos
8	2 Estudiantes de Nutrición, 2 de Logopedia y 3 de Terapia Ocupacional (todos de último curso)	Málaga	06/05/08	55 minutos

Tabla 4: Relación de grupos de discusión

CÓDIGO	CARRERA	CURSO	LUGAR	FECHA DE REALIZACIÓN	DURACIÓN APROXIMADA
E4	Farmacia	Último	Sevilla	03-06-2008	55 minutos
E5	Nutrición	Último	Sevilla	04-06-2008	53 minutos
E6	Fisioterapia*	Último	Málaga	03-06-2008	40 minutos

*: Esta entrevista fue grupal, a la misma acudieron tres estudiantes.

Tabla 5: Relación de entrevistas abiertas

Todos ellos estuvieron formados por estudiantes que hubieran realizado sus prácticas en centros sanitarios públicos o privados. Sin embargo, el caso de las carreras de física, química, biología y bioquímica, todas ellas de escasa orientación sanitaria, supone una excepción importante. Las entrevistas correspondientes a dichas titulaciones se realizaron con residentes en su primer año en lugar de con estudiantes universitarios. Se optó por esta fórmula a fin de recoger el discurso de estos futuros profesionales del SSPA que de otro modo no hubieran cumplido con las características del resto de grupos, ya que en sus carreras no realizan ningún tipo de práctica relacionada con el mundo sanitario. Los entrevistados estaban finalizando su primer año de residencia, lo cual nos sirvió para explorar sus motivaciones hacia el sector de la sanidad pública, reconstruyendo las decisiones tomadas a lo largo de su carrera hasta llegar al punto en el que se encontraban. Las características de estas entrevistas pueden consultarse en la tabla 3, en la parte correspondiente a los internos residentes.

Otra de las excepciones la constituyó la entrevista grupal E4, técnica que en principio no se pensó emplear para este estudio. Sin embargo, las características especiales de nuestros sujetos, con los que era complicado fijar una fecha que no interrumpiera sus prácticas y sus exámenes, hizo que no quedara mas remedio que citarles fuera del grupo en el que deberían haber participado. Como última excepción o peculiaridad de este campo mencionaremos la réplica del grupo de estudiantes de medicina de último año, ya que su discurso chocaba en un primer momento con nuestras hipótesis de trabajo. Para ello se buscó la reafirmación de los resultados obtenidos mediante la realización de un grupo similar en otra ciudad, a fin de comprobar que el discurso obtenido en el primero no constituía una singularidad y era suficientemente representativo.

Se buscó en todo momento que los grupos fueran homogéneos y que presentaran un porcentaje equilibrado respecto a la variable sexo (50%-50%). No obstante, muchas de las Diplomaturas que se analizaron se caracterizan por un alto índice de feminización en su alumnado, con lo que en algunos casos resultó inevitable que las mujeres estuvieran sobrerrepresentadas en nuestra muestra.

Antes de comenzar la exposición de resultados conviene tener en cuenta que las citas pertenecientes a los discursos de los alumnos que se intercalan con el texto irán acompañados del número del grupo o la entrevista del que fueron extraídos, con el objeto de que al lector le resulte más fácil la identificación de su procedencia. Éstos números se corresponderán con la nomenclatura que les hemos otorgado más arriba (G1, G2, G3...etc.).

Dada las particulares características de los profesionales y estudiantes de medicina y enfermería (con gran carga práctica durante los estudios universitarios y una posición central en el sistema sanitario), el estudio analizará en primer lugar ambos grupos de estudiantes, para después desarrollar las características de los estudiantes del resto de carreras sanitarias. Antes de ello se analizará en conjunto el campo de las carreras sanitarias, de manera que podamos ubicar a cada uno de los grupos de estudiantes en el panorama del sistema.

Por último sólo nos queda agradecer la participación de los alumnos en los grupos de discusión y entrevistas ya que obviamente sin ellos no habríamos tenido acceso a la materia prima de la que se nutre la metodología cualitativa: sus relatos.

2. LAS PROFESIONES SANITARIAS

Como primer paso en el estudio de las carreras sanitarias, que abarca hasta 16 titulaciones diferentes, es conveniente efectuar un acercamiento al posicionamiento global de todas ellas dentro del campo sanitario en general. Por un lado nos encontramos con dos carreras que ocupan una posición hegemónica en nuestro análisis, enfermería y medicina, derivada en parte de su relevancia numérica dentro del sistema. Sin embargo, si profundizamos un poco más veremos que su centralidad no radica exclusivamente en aspectos cuantitativos, sino también en los cualitativos. Al margen de la cantidad de médicos y enfermeros que ocupen su plaza en el SSPA, dichas profesiones se caracterizan por una definición social sólida -en términos de expectativas y competencias reconocidas por la comunidad y cultura profesional propia- en comparación con el resto de carreras sanitarias. Y ésta no se conforma exclusivamente mediante procesos internos al ámbito profesional, sino que tiene mucho que ver también con el reconocimiento externo, aquél que el resto de la sociedad profesa a un determinado grupo.

En este sentido podemos afirmar que la diferencia cualitativa fundamental que encontraremos entre medicina y enfermería y el resto de carreras sanitarias que se analizan en este texto es precisamente la del reconocimiento externo de sus profesiones, en tanto en cuanto la sociedad posee una idea clara, delimitada y definida de sus funciones. Sería inútil adentrarnos en el análisis de las posiciones discursivas de los sujetos que aquí nos ocupan sin empezar recordando este hecho, ya que probablemente sea la variable que más influencia tenga en la articulación de sus diferentes roles sanitarios. Éstos se irán conformando a lo largo de la carrera y serán determinantes en el discurso del alumno en prácticas, puesto que constituirán el lugar desde el que emite sus juicios y valores acerca de las distintas profesiones sanitarias.

Como ya dijimos, la fortaleza del rol social del médico se asentaba en la exclusividad jurídica de sus competencias. Es decir, no hay otro profesional que pueda hacer lo hace el médico: diagnosticar y prescribir. Por su parte los enfermeros, pese a carecer del alto estatus de los médicos, también poseían una definición muy articulada dado el reconocimiento social de su labor. Ambos profesionales se dedican a curar enfermos.

Para entender la gran diferencia que socialmente existe con respecto al resto de carreras sanitarias resultaría muy útil detenernos un momento en las diferencias en el lenguaje que se emplea normalmente con unas y otras profesiones. De este modo nos daremos cuenta de que el verbo -curar- y, sobre todo el objeto -el enfermo- desaparecen del habla de los entrevistados cuando abandonamos el campo de la medicina y la enfermería. Veamos cómo sucede esto y a qué se debe. Si repasamos una por una las licenciaturas y diplomaturas que vamos a analizar en este texto nos encontraremos con que en ninguna de ellas hablaríamos de enfermos sino, a lo sumo, de pacientes. Y, en lugar de la palabra curar, es más común el verbo tratar entre este tipo de profesionales. La razón para ello radica en que ninguno de los trastornos que estos alumnos están aprendiendo a enfrentarse alcanzaría hoy día la categoría de enfermedad¹, sino que más bien se aproximarían a la noción de dolencia o malestar. Este hecho se encarna a la perfección

1. Obsérvese que aquí la entendemos como una categoría social y no estrictamente académica, es decir, que atiende a una graduación de dolencias físicas y mentales basada en el sentido común compartido por el ciudadano medio por el cual se englobará la meningitis -que puede ser curada por el médico- dentro de la categoría enfermedad mientras que un esguince no alcanzaría tan alta graduación.

en dos profesiones sanitarias como son la psicología Clínica y la Psiquiatría, ejercida necesariamente esta última por un médico especialista. Si trazamos un continuo entre trastornos mentales de mayor a menor gravedad nos encontraríamos que los profesionales pertenecientes al primer ámbito suelen tratar afecciones menores, mientras que a medida que éstas van adquiriendo gravedad -y por lo tanto necesidad de medicación- entrarían dentro de la competencia de los psiquiatras. Obviamente no se trata de crear dos ámbitos o categorías contrapuestas entre medicina/enfermería y el resto de titulaciones sino que, si bien comparten un mismo campo sanitario, ocupan posiciones gradualmente diferentes dentro de él.

A la minusvaloración de la consideración social basada en la gravedad de las dolencias que tratan el resto de carreras sanitarias se une la falta de exclusividad de competencias y el solapamiento de las mismas con las de otros profesionales. Esto provoca que el resto de la comunidad posea una definición social menos nítida y concreta. Lo cual induce finalmente a la falta de reconocimiento externo a su labor y, por tanto, a la disminución de su estatus social respecto a las profesiones sanitarias mejor articuladas.

Existe una diversidad de factores que ha podido conducir a estas carreras a la situación de falta de reconocimiento de su rol profesional, lo que, a su vez, explica su heterogeneidad. Podemos encontrar al menos cuatro de estos factores en el análisis de los discursos de los estudiantes. En primer lugar, hay profesiones sanitarias que, pese a estar incluidas en el personal de un hospital, no tienen el objetivo de curar ni tratar, ni se caracterizan por estar en contacto con los pacientes. Este es el caso de los profesionales que se encuentran en el laboratorio de un hospital. En segundo lugar, hay disciplinas que no se dedican al restablecimiento de dolencias físicas sino psíquicas que, dentro de la tradición médica occidental, han estado normalmente relegadas a un segundo plano. Existen otras profesiones que se han desarrollado ligadas a la evolución del Estado de Bienestar y, por tanto, a una mayor cobertura de aspectos relacionados con la salud. La Terapia Ocupacional o la Fisioterapia se encuentran entre ellas, pero también la Odontología o la Óptica, servicios sin los cuales podríamos vivir pero de manera mucho más incómoda. La demanda de profesionales que tratan dolencias que hace medio siglo no eran ni siquiera consideradas como tales hace que, en cuarto lugar, nos encontremos con que muchos de los alumnos que estudian las carreras que aquí se tratan ni siquiera tendrán un hueco dentro del entramado institucional hospitalario que les permita trabajar en el sector de la sanidad pública. En definitiva, ninguna de las disciplinas que aquí se analizarán es considerada como imprescindible para la salud humana, al menos en el grado en que lo son la enfermería, y sobre todo, la medicina.

Así pues, a medida que han ido apareciendo nuevas demandas por parte de los pacientes que posteriormente han sido incorporadas al catálogo de cobertura de la sanidad pública, se ha ido dando cabida a nuevos especialistas. Éstos entran en escena con competencias menos exclusivas y definiciones sociales menos claras y un estatus social menor debido, en parte, a su prescindibilidad dentro del sistema. Muchas de ellas incluso están reconocidas como sanitarias, pero no son demandadas por la red pública. Por el contrario médicos y enfermeras mantienen su centralidad dentro de la misma, no en vano fueron las figuras primigenias en torno a las cuales se fue desarrollando el mundo de la sanidad.

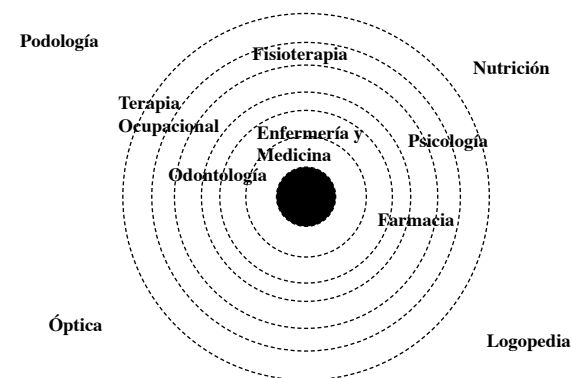


Figura 1: Evolución del campo sanitario

La posición hegemónica de la medicina y la enfermería en el campo sanitario provoca que ambas disciplinas ejerzan una fuerte influencia sobre el resto de las profesiones sanitarias, aún sin pretenderlo conscientemente. De hecho, las posiciones discursivas de los estudiantes de dichas carreras suelen articularse en relación a las dos profesiones centrales del campo sanitario. No obstante, el resto de titulaciones también muestran diferencias entre sí. Cabe preguntarnos entonces por las causas que explican los contrastes entre las posiciones discursivas de los estudiantes de unas y otras titulaciones.

Debemos tener en cuenta para ello que el rol académico, en primer lugar, y profesional más tarde, va conformando el sujeto que nos encontraremos en el centro sanitario y al que llamaremos médico o fisioterapeuta o psicólogo. Dichos sujetos están constituidos por una serie de expectativas, creencias y percepciones que los diferencian a unos de otros. Es por ello que antes de pasar a evaluar la formación práctica de estos alumnos debemos saber desde qué lugar -desde qué posición social- emiten sus discursos y qué es lo que éstos queden conformados de una manera y no de otra. Así, hemos querido comenzar por una clasificación de los sujetos, en plural debido a la variedad de tipologías. Para ello es preciso tener en cuenta las dos dimensiones que han demostrado ser más influyentes en la conformación de sus roles: el grado de orientación clínica y la orientación sectorial de sus respectivas carreras. Esto nos permitirá agrupar determinados rasgos comunes y analizar su influencia en la posición discursiva de los estudiantes, así como posteriormente en el sistema de prácticas que ejerzan.

2.1. La orientación clínica

Esta primera dimensión tiene que ver con la medida en que una carrera cumple una de las características claves de la mayoría de profesiones sanitarias: la orientación clínica. Entendiendo aquí por clínico lo “pertenciente o relativo al ejercicio práctico de la medicina basado en la observación directa de los pacientes y en su tratamiento” (DRAE, 22ª edición). Pese a esta definición, sabemos que hoy en día no sólo la medicina ostenta el ejercicio clínico -si bien es el ejemplo paradigmático-, sino que otras profesiones sanitarias también lo incluyen como parte de su labor profesional. Este es el caso de las carreras que aquí tratamos, en las cuales el grado de orientación clínica -y, por ende, de trato con el paciente- es uno de los aspectos que más información nos aporta en lo referente a su rol académico y sus expectativas profesionales.

Las carreras de medicina y enfermería poseen una orientación clínica predominante. Sin embargo, el resto de carreras no presentan ese grado de exclusividad ni esa uniformidad en la mayoría de los casos. La razón reside en que, aunque dichas carreras están reconocidas como sanitarias, no tienen sus salidas laborales limitadas a esta vía. De esta manera, por ejemplo, dentro de la psicología existe una especialidad clínica pero también existen otras muchas; del mismo modo un farmacéutico puede dedicarse a la venta de productos farmacéuticos; o un nutricionista a la elaboración de menús. Es decir, aunque todas ellas sean definidas como sanitarias muy pocas tienen una orientación clínica exclusiva, sino que ésta suele ser en la mayoría de los casos una posibilidad entre varias. Este hecho, como ya vimos, debilita el reconocimiento social externo y aumenta la confusión de los pacientes en torno a dichas profesiones, ya que no distinguen con exactitud sus competencias, de manera que las creen fácilmente solapables con las de otras profesiones. Pero ¿por qué es tan importante el grado de implicación con un paciente en el resto de carreras sanitarias? Debemos señalar que en todas ellas existe una serie de conjeturas y suposiciones entorno a lo que supone “pasar consulta” fundadas, en la mayoría de los casos, en el desconocimiento y la admiración que profesan hacia los “verdaderos profesionales”. Ello, por una parte, genera cierta inseguridad en los alumnos -miedo a no saber tratar al paciente- pero, por otra, conforma vocaciones clínicas muy ligadas al prestigio social que se desprende de la capacidad de curar, por la similitud que estas actividades guardan con la medicina. No en vano uno de los aspectos más valorados en las prácticas lo constituye el simple hecho de poder ver qué es lo que ocurre dentro de una consulta entre el profesional y el paciente².

2. Véase el caso de la carrera de logopedia, en la que los alumnos simplemente miran a través de un cristal lo que ocurre en un gabinete profesional. Pese a que no intervienen en la práctica más que como meros observadores es una de las prácticas mejor valoradas.

Introducida esta primera dimensión, el problema reside ahora en determinar qué grado de exclusividad clínica presentan las profesiones que estudia cada grupo de alumnos. A fin de clasificarlas hemos creído conveniente establecer tres categorías:

- a) Carreras de “alto grado de orientación clínica”: constituida por medicina y enfermería.
- b) Carreras de “grado medio de orientación clínica”: la conformarían las licenciaturas de psicología, veterinaria³, odontología y las diplomaturas de podología, óptica, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrición y logopedia.
- c) Carreras de “grado bajo de orientación clínica”: donde encontramos las titulaciones de biología, física, química, bioquímica y farmacia.

Podemos ver cómo el grupo intermedio es el más numeroso y el que incluye mayor diversidad. Pese a ello se podría dividir, en última instancia, en dos subgrupos muy concretos. Por un lado tendríamos las licenciaturas sanitarias más clásicas y asentadas desde hace años en nuestro sistema universitario: psicología clínica, odontología y veterinaria. Mientras que por otro distinguimos un conjunto de nuevas diplomaturas sanitarias como terapia ocupacional, fisioterapia, logopedia, óptica, podología y nutrición. La mayor diferencia en cuanto a cómo está conformada la posición discursiva de sus estudiantes, como explicaremos más adelante, reside en el reconocimiento institucional⁴ de las primeras frente a la falta reconocimiento de las segundas. Estas últimas mantienen una posición de indefinición dentro del mundo sanitario, bien por ser servicios poco utilizados, bien por ser especialidades de nueva creación.

En el grupo de baja orientación clínica encontramos, por un lado, un grupo de cuatro carreras de orientación más científica o investigadora que sanitaria -física, química, bioquímica y biología-; mientras que la última, farmacia, pese a poseer un marcado carácter sanitario, se encuentra dentro de este subgrupo por carecer de expectativas clínicas. De hecho, si su labor se desarrollara dentro de un hospital ocuparían una posición más cercana al personal de laboratorio -propio del resto de estudios incluidos en este subgrupo- que a otras especialidades sanitarias.

Lo que finalmente hace las veces de nexo de unión entre las carreras de orientación media, y lo que a su vez las diferencia de las de orientación baja, es que van a desempeñar su labor basándose fundamentalmente en el patrón de ejercicio clínico, la exploración e intervención al paciente. En las titulaciones de baja orientación sanitaria sin embargo no está implícita esta forma de trabajo, puesto que parte del mismo se desarrollará en laboratorios y no en contacto con el paciente.

Más adelante tendremos tiempo de profundizar en cada subtipo. Ahora lo que nos interesa es partir de una clasificación genérica que nos permita advertir patrones diferentes en la realización de las prácticas.

De este modo, esta primera dimensión quedaría representada de la siguiente forma:

3. La carrera de veterinaria, pese a estar integrada dentro de las carreras sanitarias y tener un fuerte componente clínico, debemos dejarla a un lado, ya que sus pacientes son animales y no personas y sus alumnos no han realizado ningún tipo de prácticas en centros sanitarios pertenecientes al SSPA, por lo que su aportación al texto será muy reducida.

4. Por reconocimiento institucional se entiende aquí la falta de presencia de algunas titulaciones dentro del sistema sanitario público, debido a que aún no existe demanda de los profesionales procedentes de estas carreras. Es decir, se reconoce la validez administrativa de dichas titulaciones pero no hay demanda profesional de sus servicios.

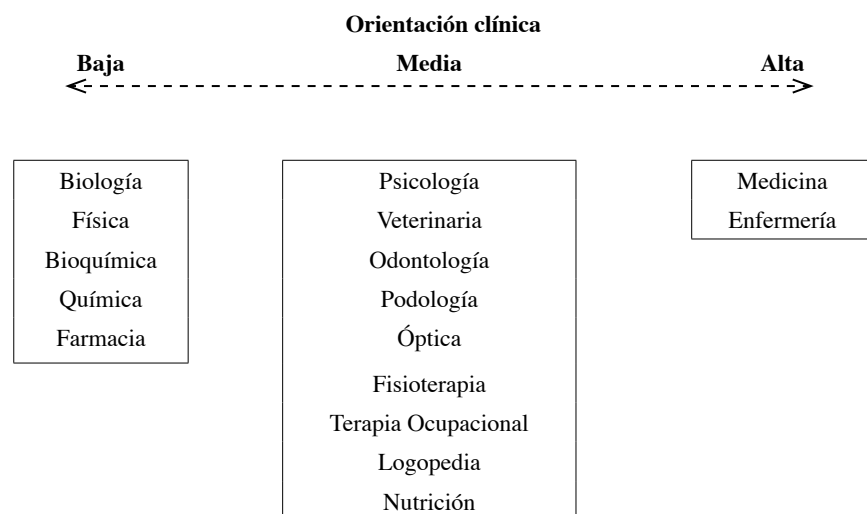


Figura 2: Orientación clínica de las carreras sanitarias.

2.2. La orientación sectorial

Esta segunda dimensión nos sirve para organizar las carreras en base a su orientación hacia el sector público o privado, ya que este factor también hace variar el tipo de prácticas realizadas y las expectativas depositadas en las mismas. La clasificación dentro de uno u otro sector atenderá a la demanda que hace de ellos el SSPA. Por ejemplo, en el caso de las dos principales carreras sanitarias –medicina y enfermería– la demanda del sector público es muy fuerte. En cambio no sucede así con el resto de especialidades que procederemos a analizar. Las casusas de la mayor o menor “privatización” de determinados campos profesionales son las siguientes:

Especialidades que, pese a estar incluidas dentro del catálogo de prestaciones sanitarias públicas, su oferta es muy limitada. lo que hace que los pacientes busquen sus servicios en el sector privado (fisioterapia, psicología, odontología).

Especialidades con baja orientación sanitaria y con pocas salidas profesionales enfocadas al sector de la salud (química, biología, física).

Especialidades con alta orientación sanitaria pero con pocas plazas dentro del SSPA y que, por tanto, deben abrirse un hueco en el mercado (terapia ocupacional).

Especialidades que se cubren en el SSPA con otras titulaciones (nutrición).

De esta manera podemos distinguir entre carreras orientadas al sector público y carreras orientadas al sector privado. No obstante, cabe señalar que la mayoría se encuentran en una situación intermedia que no excluye ninguna de las dos opciones. Como modelos extremos tenemos únicamente las carreras de medicina y enfermería que, como ya hemos mencionado, ocupan un lugar preponderante por el número de plazas públicas que se ofertan para ellas; y, en el otro extremo tendríamos las carreras que, pese a ser sanitarias, no forman parte de la demanda del sector público por no estar reconocidas institucionalmente en la mayoría de los casos (logopedia, nutrición, podología y óptica). De este modo la clasificación de la dimensión sería la siguiente:

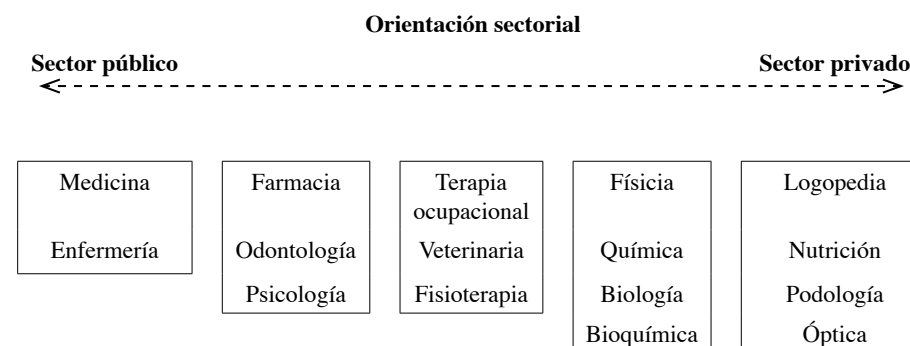


Figura 3: Orientación sectorial de las carreras sanitarias.

2.3. Mapa de carreras sanitarias

Finalmente, teniendo en cuenta el cruce de ambas dimensiones -orientación clínica y orientación sectorial- obtendríamos el siguiente mapa de carreras sanitarias:

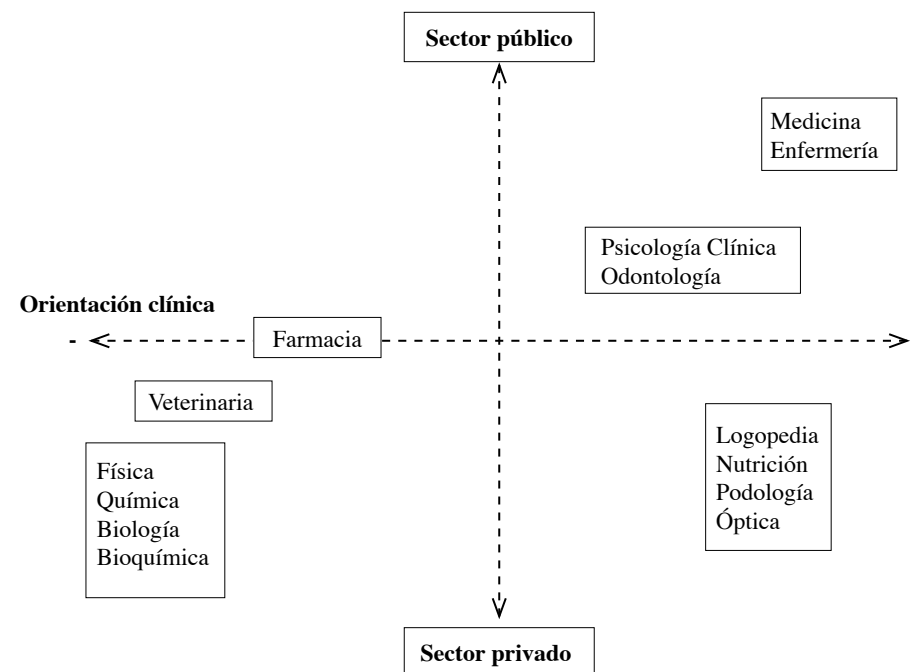


Figura 4: Mapa de las carreras sanitarias.

Este mapa de profesiones nos servirá de ahora en adelante para guiarnos en el universo tan dispar que conforma lo que hemos llamado “el resto de carreras sanitarias”. De este modo podremos esbozar los principales rasgos identitarios que componen este grupo y ver posteriormente de qué manera influyen en su concepción de las prácticas en centros sanitarios.

3. LOS ESTUDIANTES DE CARRERAS SANITARIAS

Para analizar el discurso elaborado por los estudiantes partiremos primero de su posicionamiento dentro del mismo. La identidad alcanzada por el alumno se suele articular a través de la intersección de dos roles: el de estudiante y el de la expectativa profesional.

En primer lugar, tenemos el rol académico o de estudiante, que responde a sus condiciones actuales, dada su adscripción al ámbito universitario. La función de este rol es eminentemente formativa, y está ligada en esencia a un saber teórico y formal. Les sitúa en una posición de aprendizaje constante que les hace mostrar una actitud flexible y abierta a la información que se les suministra de forma académicamente dirigida. El rol ligado a las expectativas profesionales se va construyendo a medida que el alumno se adentra en el universo de las prácticas formativas. Esta dualidad es una característica común en la población que aquí nos atañe. Sin embargo cada carrera posee sus propios rasgos característicos en la manera de posicionarse e identificarse dentro del discurso.

3.1. Los estudiantes de medicina

3.1.1. Principales características

1) Elitismo académico: La exigencia teórica de la carrera, unida a un difícil acceso a la misma debido a una alta nota de corte en la Selectividad, provocan un autopoicionamiento del estudiante de medicina en la élite académica, el cual influirá posteriormente en sus expectativas profesionales. Éstas estarán ligadas al alto esfuerzo y rendimiento que se les exige en su etapa académica, así como a la inversión de tiempo en formación, considerablemente mayor que la de otros itinerarios universitarios. Como veremos cuando expliquemos la influencia del rol profesional en los alumnos, este autopoicionamiento en la élite académica se verá reforzado por el alto estatus social que ostenta su futura profesión.

2) Competencia: La obsesión por la puntuación académica obtenida en las diferentes pruebas y exámenes de la carrera es otro de los rasgos característicos de estos estudiantes. Éste viene explicado por el propio sistema de adjudicación de plazas de residentes que tendrá lugar al final de su carrera. En el examen MIR el alumno tendrá que competir con el resto de sus compañeros para la elección de especialidad. En él, el expediente académico conformará una parte del porcentaje total de la nota final de la que dependerá su capacidad de elección. Es por ello que presentan una actitud más competitiva que el resto de estudiantes analizados:

H: También lo de la nota agrava mucho más el tema que hemos hablado, ese veinticinco por ciento, porque si no tuviéramos esa presión, ese problema... A la hora de hacer el examen del MIR una décima te quita de la plaza que tú querías coger, y esa décima puede estar en ese veinte por ciento más o menos. Claro, nos ponen ahí a ver para qué, y nos hace tener ese malestar, que al menos yo lo percibo en muchos compañeros, ese malestar general de: “a ti te han puesto un sobresaliente porque tu padre es médico...” (G5)

3) Desigualdad residual: La profesión médica ha sido tradicionalmente considerada de alto estatus, y hasta hace unas décadas en el acceso a la misma se evidenciaban importantes diferencias sociales. Esto hacía frecuente la formación de redes sociales muy cercanas y la a menudo la existencia de sagas familiares de médicos. En nuestro estudio hemos encontrado algunas trazas de percepción de desigualdad en el acceso a las prácticas, e incluso en el desarrollo de los estudios en la propia institución universitaria.

Si bien esta percepción de trato desigual en el ámbito académico y de las prácticas en centros sanitarios apareció en la mayoría de los grupos, fue muy significativa en el de estudiantes de segundo curso realizado en Córdoba. De hecho este fue el grupo en el que también se percibió de manera más marcada la influencia del ámbito familiar (varios de los sujetos participantes en el grupo contaban con familiares trabajando en el ámbito sanitario) en su percepción de las prácticas, como veremos más adelante. Sin embargo, debido a que es un ámbito de relaciones informales y opacas difíciles de explorar no podemos concretar si es una característica que podríamos hacer extensiva al resto de estudiantes⁵.

4) Preeminencia de lo teórico sobre lo práctico: El diferente dominio del saber y el hacer es básico en la percepción de estatus dentro del sistema sanitario. Aunque obviamente cualquiera de las profesiones sanitarias requiere de conocimientos teóricos y prácticos el predominio de los primeros otorga una percepción de mayor estatus. Así, los estudiantes de medicina entienden que su alta formación teórica (que identifican en cuanto al ejercicio profesional con lo que podríamos denominar “el médico analista”) les diferencia positivamente de otras profesiones, además de ser un requisito importante para el desarrollo de la actividad médica. Aún así creen excesiva la preeminencia de lo teórico sobre lo práctico en su formación, como ya se viera en la parte de los internos residentes. Así, una de las reivindicaciones más fuertes de los estudiantes de medicina se centra en la exigencia a la universidad de un mayor y mejor contenido práctico, que identifican más con “lo que efectivamente tendrán que hacer en el futuro”.

5) Descontextualización de lo teórico y falta de coherencia con la práctica: De manera complementaria al punto anterior cabe destacar, por aparecer de manera sólida en todos los grupos, la preocupación por la descontextualización del aprendizaje teórico. Es decir, la falta de aplicabilidad de esos conocimientos a la futura práctica profesional cotidiana. Normalmente esto suele deberse a dos motivos: o bien porque los conocimientos transmitidos no tienen la suficiente vigencia en el panorama sanitario actual, o bien porque se profundiza excesivamente en detalles que rozan lo anecdótico.

La intensidad del rol de estudiante disminuye a medida que avanzan los cursos, dejando paso a una preeminencia del rol profesional. No obstante, aquello que caracteriza al sujeto estudiante de medicina es una coexistencia muy temprana de ambos roles, es decir, una influencia del ámbito profesional desde el principio de su aprendizaje. Veamos por qué.

3.1.2. El rol profesional

El rol de estudiante descrito coexiste con el rol profesional, el cual también aporta -aunque no institucionalmente- información a los alumnos acerca de su futura profesión, generando así una serie de expectativas que aparecen con fuerza, sobre todo conforme nos adentramos en el terreno de las prácticas. Existen dos agentes fundamentales que llenan de contenido la definición de dicho rol: el entorno social y el entorno familiar. El primero de ellos es el que juega un papel más determinante en la conformación del rol profesional del alumno, ya que la definición social de la profesión médica se encuentra sólidamente construida. Es decir, su entorno social tiene muy claro -más que en la mayoría de profesiones- cuál es el papel del médico y cómo se ha de cumplir. A ello ayuda significativamente el que se trate de una actividad laboral con competencias exclusivas: únicamente puede diagnosticar y prescribir un médico. Que su identidad profesional esté socialmente articulada de manera muy sólida y cerrada provoca en muchos casos que el futuro médico defina su posición definiéndose en buena manera a ese rol y al poder que confiere, creado en base a unas expectativas exógenas, es decir, que no parten del propio médico sino que se generan desde fuera, desde el resto de la sociedad, el universo de potenciales pacientes y las expectativas que la sociedad tiene de su futura profesión.

5. Como requisito para la contactación de participantes se exigía que fueran estudiantes de segundo curso que hubieran realizado prácticas en centros sanitarios. Este tipo de prácticas hasta tercero tienen carácter voluntario y, por tanto, puede que nuestra muestra tuviese como denominador una especial motivación alimentada por la convivencia con profesionales médicos en el ámbito familiar.

Asimismo, no se debería minusvalorar la existencia, dentro del ámbito público, de una serie de factores endógenos que influyen de manera muy poderosa en la conformación de la identidad profesionalizada del sujeto estudiante de medicina. Por un lado estaría la creación de un rol laboral, generado a partir del propio entorno profesional, que cuenta con un importante peso y capacidad de control en el ejercicio de la medicina: colegios oficiales, sindicatos propios, asociaciones, corporaciones, etc. Esto, sumado a una posición central y preponderante dentro del SSPA, ha provocado la creación de una posición profesional caracterizada por su hegemonía dentro del entorno sanitario y su alto estatus dentro del sistema social en general.

Sin embargo, esta posición social fuerte del rol de médico ha entrado en crisis en los últimos años. En el discurso de los estudiantes se percibe esta crisis, algo que, como pudo comprobarse en la primera parte del texto, también ocurre en la propia profesión. Según se desprende de los discursos de los estudiantes la burocratización de su labor, la predominancia de las funciones gerenciales y el nuevo rol de los usuarios están produciendo cierta desvalorización del rol profesional de médico. Hay que señalar que, en buena lógica, los estudiantes cuyos padres también ejercían la profesión percibían esta situación más nítidamente.

De los muchas posibles causas de dicha crisis, la nueva actitud de los usuarios ha sido la más referida por los estudiantes, de nuevo en coherencia con lo expuesto en la primera parte. Según los asistentes a los grupos, la modificación de la relación entre médico y paciente estaría provocando que en el SSPA tendiese cada vez más a practicarse una “medicina defensiva”⁶. Es decir, a que la práctica médica se adapte a las exigencias de los usuarios a fin de contentarlos, en lugar de a los criterios exclusivamente profesionales del médico:

H: (...) Y más con la problemática que presenta hoy en día la medicina: la falta de respeto constante por parte de los pacientes, que eso es un día a día enorme, la medicina a la defensiva, que estamos llegando a ejercer porque no nos queda otra, porque los jueces les han dado la razón a los enfermos. (G4)

Existen varias causas que explican este nuevo posicionamiento médico-paciente. Serían las siguientes:

1) Ampliación de la cultura sanitaria, por ejemplo a través de información recibida mediante los medios de comunicación, en los que se ha descubierto la salud como un contenido fuertemente demandado y con amplio público (espacios en la TV, Internet, libros divulgativos...etc).

2) Centralidad del usuario en los nuevos planes de salud⁷ y preocupación del sistema acerca de su satisfacción. En los últimos años se han impulsado las encuestas de satisfacción a usuarios a nivel estatal (Barómetro Sanitario, CIS), así como en algunas Comunidades Autónomas, en especial la de Andalucía (Encuesta de Satisfacción, 2004, 2005 y 2006), lo que muestra que la preocupación por la satisfacción de los usuarios ha pasado a ser el objetivo prioritario de los sistemas sanitarios. De hecho, actualmente se considera que la mayor medida de calidad de un sistema sanitario es la satisfacción mostrada por sus usuarios (Serrano Del Rosal y Biedma Velázquez, 2005).

3) Toma de conciencia de la necesidad de empatizar con el usuario y acabar con el modelo de relación funcionalista o biologicista tradicional⁸ a favor de un modelo más humanizado⁹.

6. Ver Plan de Prevención y Atención de Agresiones a los Profesionales del SAS (SAS, 2006)

7. Así, el primer epígrafe del Anuario 2006 del SAS era el siguiente “El ciudadano, centro del sistema, eje de nuestros cuidados”, lo que constituye un ejemplo de lo que se puede leer en la mayoría de Planes y Memorias de redes del SNS en los últimos años.

8. Basados en la “relación asimétrica entre roles”, en los que “el paciente debe ser motivado a salir de su estado desviado (...) a través de la plena confianza en el médico, lo que significa la total aceptación de la competencia profesional e incluso una cierta pasividad por parte del paciente” (Donati, 1994: 24-30).

9. Que en España comienza con el Plan de humanización de la asistencia hospitalaria, 1984 del INSALUD.

Los otros dos elementos referidos (burocratización y gerencialismo) abundan en una tendencia que podríamos denominar de proletarización de la profesión, caracterizado por la percepción de un empeoramiento de las condiciones laborales del personal sanitario (horas de trabajo, número de guardias, disminución del salario, competencia con trabajadores de otros países, aumento de contratos temporales...). Esta línea de discurso ha aparecido de manera constante en todos los grupos realizados, si bien, podemos hablar de cierta aceptación por parte de los alumnos de cursos más avanzados, quizá contrapesados por la seguridad de obtener un puesto de trabajo al término de la misma.

No obstante, el cambio hacia un nuevo rol impulsado desde las instituciones sanitarias (que implica una redistribución de fuerzas dentro del SSPA, apostando por un mayor protagonismo del usuario y de otros profesionales no médicos) está aún en desarrollo. Así, aún prevalece de manera sólida la estructura tradicional que reforzaba el estatus del médico, pese a que una nueva forma de entender la profesión médica y el sistema de salud se esté abriendo paso, aún teniendo en contra las resistencias que puede suscitar - y que de hecho suscita- en la comunidad médica, como tuvimos la ocasión de comprobar en la parte dedicada a los internos residentes. Esta transición es, de hecho, uno de los elementos más influyentes en la configuración del discurso general de los estudiantes y, en consecuencia, uno de las que poseen un mayor valor explicativo a la hora de interpretar su evaluación acerca de las prácticas en centros sanitarios.

Por último, y como ya hemos advertido anteriormente, debemos señalar de manera puntual la influencia del entorno familiar en la profesionalización del rol de estudiante. Ello es debido a que la transmisión de vivencias personales relacionadas con la profesión por parte del círculo familiar confiere mayor credibilidad y solidez a la concepción del ejercicio médico. Esta particular transmisión de carácter informal interviene también en la articulación de sus identidades profesionales desde la posición de estudiantes, lo cual revertirá en la posterior evaluación de sus prácticas.

3.1.3. Influencia de ambos roles en el discurso sobre las prácticas

En este epígrafe mostraremos cómo las principales características de ambos roles coinciden, por distintos caminos, para consolidar el papel de las prácticas sanitarias en la carrera médica. También profundizaremos en el contexto institucional desde el que el estudiante da sentido a sus prácticas. El esquema presentado en la figura 5 resume esta relación.

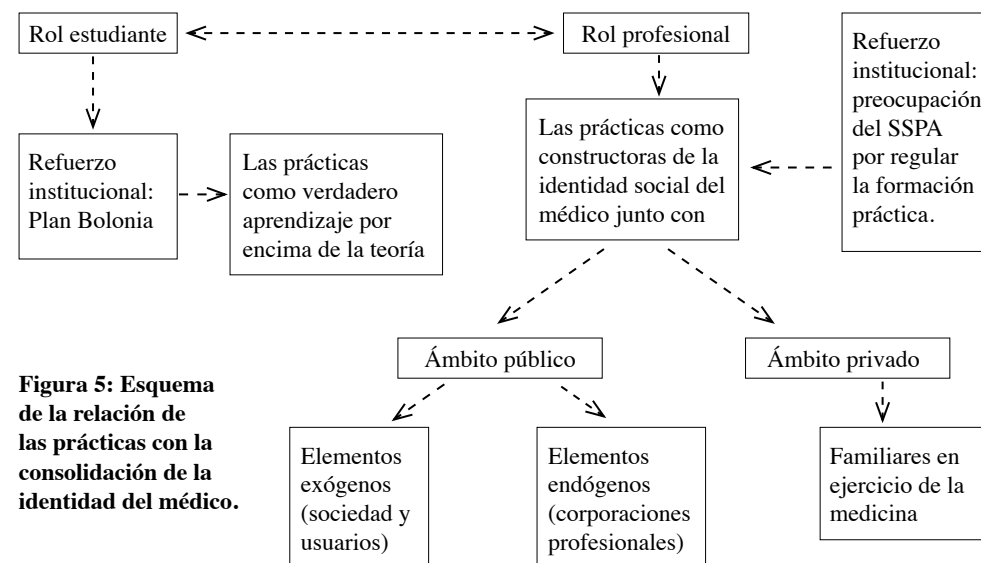


Figura 5: Esquema de la relación de las prácticas con la consolidación de la identidad del médico.

En primer lugar encontramos que en el rol de estudiante de medicina prevalece la importancia otorgada al aprendizaje mediante procedimientos prácticos sobre el meramente teórico. De hecho, la percepción de un desequilibrio en su carrera entre la teoría y la práctica es bastante recurrente en sus discursos. Las justificaciones que arguyen a la hora de razonar esta preferencia hacen referencia los siguientes elementos:

1) Motivación: las prácticas son reconocidas en muchos casos como agentes motivadores del estudio, lo cual tiene un alto valor en una carrera en la que la carga lectiva es muy importante y se prolonga en el tiempo más de lo habitual.

2) Posibilidad de trato real con el paciente: existe una demanda de trato con el paciente que va en aumento conforme nos acercamos a las generaciones más jóvenes de estudiantes. Son conscientes de que la satisfacción del usuario será una de las variables más importantes para evaluar su profesionalidad dentro del SSPA.

3) Percepción de que se trata de un sistema de aprendizaje más eficaz que el teórico (“verlo y que se te quede”)

En segundo lugar, aparte de la percepción de los estudiantes acerca del valor formativo de las prácticas, dicha actitud converge con el cambio del modelo universitario que tiene en el llamado “Plan Bolonia” (MEC, 2003) su máxima expresión y que apuesta por la creación definitiva de un espacio común de educación europeo para el curso 2009/10, el cual aumentará el número y la relevancia de los créditos prácticos en el ámbito académico.

Dentro de este marco general podemos explicar de manera más completa el discurso de los sujetos entrevistados. Podemos entender que para ellos las prácticas ocupan un lugar preponderante en la formación y que hayan depositado en ellas unas altas expectativas. Esto no sólo ocurre por la usual impaciencia en los estudiantes de acercarse al mundo laboral, ni porque, tal y como hemos visto, existan importantes influencias tanto en el ámbito público como en el privado que tienden a profesionalizar su discurso y su posición de estudiante. Ocurre también porque existe un respaldo institucional para que se den estas expectativas, ya que el nuevo discurso proveniente del sistema educativo les induce a ello.

Por último, si nos ocupamos ahora del rol profesional comprobaremos que las prácticas cumplen también una función primordial ya que son lo más cercano que tiene el alumno al desempeño real de su labor profesional futura y, por tanto, funcionan a modo de prueba y puesta en práctica de los conocimientos académicos adquiridos. Además permiten un tipo de aprendizaje que, como ya explicábamos antes, es altamente valorado por los estudiantes por su carácter exclusivo. Es decir, hay cosas que sólo se pueden ver y aprender en las dependencias de un hospital.

Por otra parte, la particular influencia que tiene el rol profesional en los estudiantes de medicina hace que éstos posean un alto conocimiento de las exigencias de su futuro en el SSPA. El saber empatizar con el usuario y dar un trato humanizado al paciente es uno de ellos, hecho del que son muy conscientes. De tal manera que uno de los aspectos que más valoran de su aprendizaje en las prácticas es la posibilidad de trato con el paciente. Asimismo su estancia en los hospitales les provee de todo un aprendizaje del funcionamiento interno del centro sanitario en términos de relaciones laborales -institucionales e informales- a modo de “currículum oculto”¹⁰ que les será de gran utilidad para saber manejarse en su etapa de residentes.

Asimismo, y de igual manera que ocurría con el rol de estudiante, es posible detectar aquí un refuerzo institucional que sustenta la importancia dada por los alumnos a las prácticas y que se

10. Definido por Apple (1986) como “el conjunto de normas y valores que son implícitamente pero eficazmente enseñados en las instituciones (...) y de las que no se acostumbra a hablar en las declaraciones de fines y objetivos de los profesores”.

construye en base al reciente interés del SSPA por la formación que reciben los alumnos en sus centros. Este hecho se enmarca dentro del II Plan de Calidad (2005-2008) que desarrolla el modelo de gestión por competencias, el cual tiene en la formación uno de sus procesos esenciales (además de la evaluación y el reconocimiento). Es por ello que el SSPA desarrolló dentro de este contexto el nuevo Plan de Integral de Formación del SSPA que abarca la formación continua de sus profesionales, así como las de postgrado y pregrado, que es la aquí nos ocupa. Y dentro de ésta se propone como tarea principal la regulación de las prácticas en centros sanitarios en base al citado modelo de gestión por competencias y que mejore tanto el sistema de evaluación al alumno como al funcionamiento del propio plan de formación.

“La formación tiene un valor estratégico en la Gestión por Competencias siempre que se enfoque en función de las necesidades del ciudadano y de la organización sanitaria y adopte un enfoque sistémico. Desde esta perspectiva, la formación necesita la evaluación posterior de la eficacia, eficiencia y rentabilidad de todos los programas. Un Plan de formación integrado en los planes estratégicos de la organización, en el que se alineen de forma eficiente y eficaz todas las etapas formativas, resulta clave en el desarrollo de la Gestión por Competencias, pues nos permite actuar tanto a corto plazo como prepararnos para el medio y largo plazo.” (Consejería de salud, 2006: 34)

Sin embargo, en lo que a este estudio afecta, debemos señalar que el SSPA apuesta en diferentes documentos de reflexión por el desarrollo normativo de un nuevo modelo de colaboración destinado a impulsar la calidad de las prácticas clínicas y que se asiente tanto sobre la disposición de toda la red asistencial para la formación y la docencia como, en línea con el modelo de gestión por competencias del SSPA, en la participación del conjunto de los profesionales sanitarios en las actividades de formación. Es por todo ello que podemos señalar que el importante papel que cumplen las prácticas dentro del rol profesional encuentra su confirmación en el discurso de las instituciones sanitarias.

3.2. Los estudiantes de enfermería

3.2.1. Principales características

1. Preminencia del rol profesional: Para poder entender el lugar desde el que los estudiantes de enfermería en prácticas realizan sus enunciaciones debemos situarnos en la dualidad de su contexto. Un contexto que, por un lado, es formativo ya que su posición legal o jurídica está vinculada a la universidad, pero que por otro lado es profesional, ya que su aprendizaje se desarrolla físicamente en un centro de trabajo, si bien su figura jurídica no es la de trabajador. La estancia formativa en este medio, unida a las representaciones previas acerca de su profesión, hacen que a lo largo de la carrera se configure una expectativa de proyección profesional mayor que en otras titulaciones sanitarias con menos carga práctica en centros del SSPA. El rol que se manifiesta, por tanto, a lo largo de la conversación mantenida en los grupos está caracterizado por un desdoblamiento que oscila entre la posición de estudiante y la proyección profesional, originado en la situación fronteriza en la que se encuentran. De hecho, en esta dualidad el peso del rol profesional va aumentando conforme avanza el proceso formativo, de tal manera que en los alumnos de tercero tiene un peso más importante que en los de segundo y así sucesivamente. Este hecho nos indica que la identidad profesional de los alumnos se va construyendo a lo largo de la carrera y que las prácticas son un elemento que interviene de manera decisiva en dicha construcción.

2. Roles de género: Si bien, como hemos comentado en el apartado anterior, los grupos eran bastante homogéneos, también es cierto que existe una tendencia a situarse en posiciones discursivas diferentes atendiendo al género de los participantes. En especial en cuestiones referidas a la visión que tenían de la carrera y de su proyección profesional dentro del cuerpo sanitario. En las estudiantes, por lo general, primaba más una visión asistencial de la enfermería, lo que hace que la posición subordinada de la enfermería frente a otros cuerpos profesionales (médicos, gerentes...) no sea puesta en cuestión. En el caso de los hombres esa visión asistencial existía, pero a veces se encontraba mediatizada por el reclamo de una posición menos dependiente dentro en el campo sanitario. Es decir, la posición desde la que ellos hablan como enfermeros trata de equipararse a la de

un especialista más dentro del SSPA, con el consiguiente reclamo de un cuerpo teórico propio, como veremos más adelante.

3. Comparación intraprofesional / interprofesional: Este elemento tiene que ver con la propia autodefinición que hacen de sí mismos los participantes como colectivo profesional. En este espacio intervienen dos elementos de posicionamiento: uno intraprofesional (el posicionamiento dentro del colectivo de enfermeros) y otro el interprofesional, con respecto al colectivo de médicos. Establecemos esta última dualidad porque es una referencia con respecto al cual adoptan una autodefinición profesional. En este caso hemos podido percibir cómo a medida que aumenta el tiempo invertido en formación práctica, aumenta también una relación de oposición frente a este colectivo. Seguramente esto sea debido a la mayor exposición a un discurso y una cultura profesional en la que esta oposición tiene un peso muy importante y que genera pugnas constantes entre ambos colectivos dentro de los centros sanitarios. En resumen, podríamos considerar que el eje más relevante en cuanto a la conformación del sujeto se refiere a la dicotomía de rol estudiante / rol profesional, y que las variables de género y comparación inter o intraprofesional actúan como generadoras de tendencias dentro de los grupos, si bien la homogeneidad es bastante alta dentro de este colectivo de enfermería. El posicionamiento del sujeto quedaría, pues, representado de la siguiente manera:

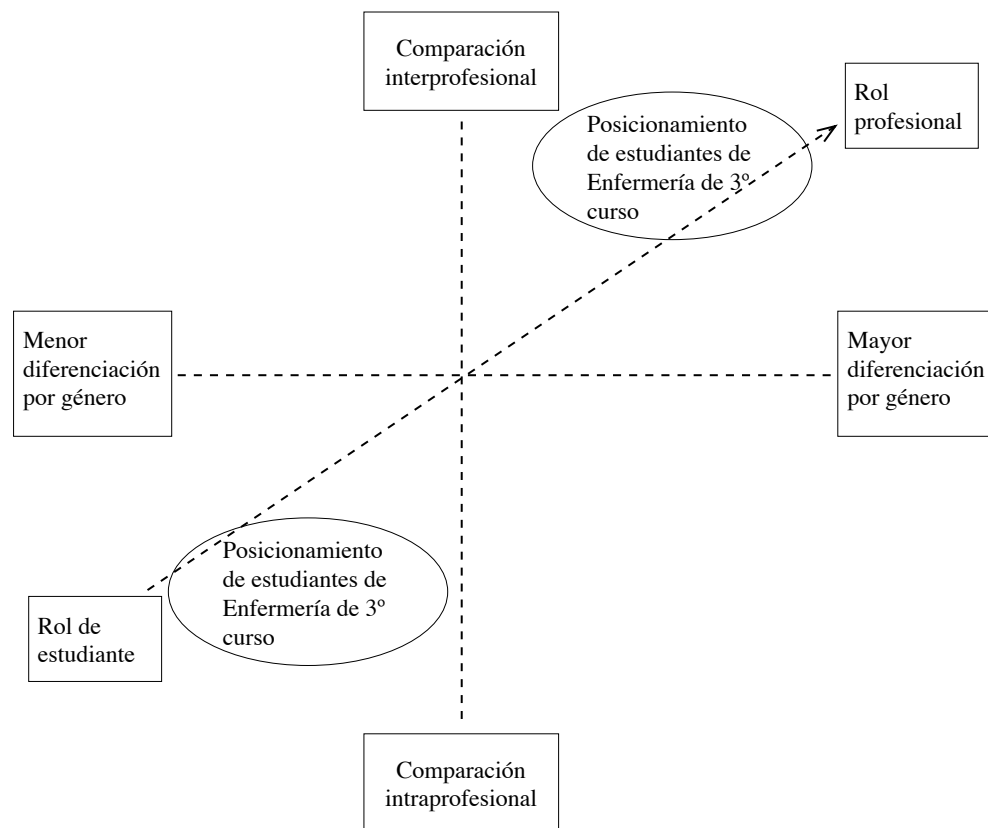


Figura 6: Posicionamiento discursivo de los estudiantes de enfermería.

3.2.2. Los elementos esenciales que articulan el discurso

En este apartado seguiremos el mismo esquema que en el anterior: el par simbólico fundamental que articula el discurso de los enfermeros es el que opone el hacer y el pensar (ejecutar/decidir). A él se añaden dos ejes secundarios que actúan dentro de cada una de estas dos configuraciones principales: el par trabajo/formación y el par social/institucional. No se trata de dos posiciones diametralmente opuestas dentro del discurso, cada una de estas categorías no es un compartimento estanco y monolítico, sino que existen fugas entre una y otra. Por ejemplo, que un enfermero se sitúe dentro de la configuración del pensar no quiere decir que su discurso no contenga elementos de la configuración del hacer, sino que da mayor relevancia a la primera frente a la segunda. Por otra parte, también cabe señalar que aunque las dos configuraciones principales -la del hacer y la del pensar- se presentan en el esquema (ver figura 7) como equivalentes porque comparten el mismo potencial explicativo (pues funcionan como macrovisiones de la enfermería), no se puede desprender de ello que ambas tengan el mismo peso dentro del conjunto de enfermeros. La configuración del hacer es mayoritariamente compartida por los estudiantes de esta disciplina, mientras que la exigencia de mayores ámbitos de decisión está más limitada a un grupo muy determinado. No obstante, este último grupo pese a ser menor cuantitativamente, adquiere un peso cualitativo relevante al poseer una gran capacidad para elaborar y articular sus discursos.

Oposición entre el hacer y el pensar

En primer lugar está la oposición entre el hacer y el pensar. El hacer se relaciona con el contenido meramente ejecutivo de la actividad profesional, en ausencia de competencias decisorias. En contraposición, el campo del pensar o decidir está más vinculado al ámbito teórico y a la toma de decisiones. La preeminencia del decidir en el colectivo médico frente al hacer en el enfermero configura la contraposición entre ambas profesiones señalada más arriba.

Dentro de cada una de estas configuraciones se abren, en un segundo nivel, otros dos pares simbólicos cuya capacidad explicativa es menor, pues ya no tiene el carácter de macrovisión que ostentaba el primero, sino que matizan cada campo simbólico adquiriendo un significado u otro dependiendo de la posición que ocupe el sujeto.

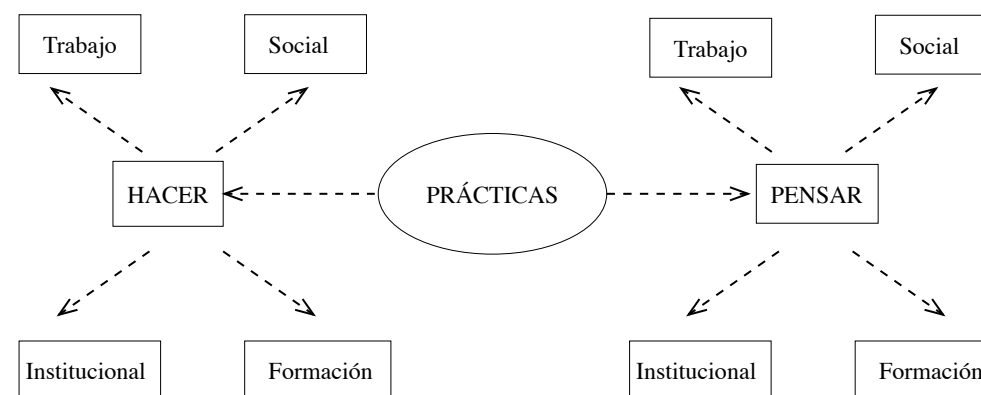


Figura 7: Elementos que articulan el discurso de los estudiantes de enfermería.

Oposición entre lo social y lo institucional

La oposición entre lo social y lo institucional es entendida aquí como la contraposición entre un tipo de relación objetivada, regulada y rutinizada desde una instancia superior frente a aquellas prácticas que, careciendo de dicha regulación institucional, son más flexibles y subjetivas. Abiertas, en cualquier caso, a un campo mucho mayor de posibles relaciones que en el primer caso la institucionalización se encargaba de limitar y canalizar en una sola dirección.

Oposición entre formación y trabajo

En cuanto a la formación, los alumnos entienden que abarca todo el proceso de aprendizaje necesario para poder llevar a cabo una actividad profesional. El trabajo comenzaría siempre después de esta primera fase y estaría caracterizado por la puesta en práctica de los conocimientos adquiridos durante la etapa formativa. Además este ámbito conllevaría necesariamente un mayor nivel de responsabilidad -comienza el trato real con el paciente- y de rutina -tomada como consecuencia lógica de la puesta en práctica de cualquier actividad laboral-. Las tensiones en torno a este par, como veremos a continuación, aparecen cuando la separación entre ambos elementos durante las prácticas deja de estar clara.

3.2.3. Las consecuencias del discurso (asistir/decidir)

Hemos mencionado hasta ahora los principales componentes simbólicos que estructuran los discursos de los estudiantes de enfermería en prácticas. Ahora analizaremos el significado que dichos símbolos tienen en sus representaciones.

El significado del hacer y el pensar a través de la proyección asistir / decidir

En sus discursos distinguimos dos tipos de representaciones ideales de su futura profesión: a partir de ahora los llamaremos modelo basado en el asistir y modelo basado en el decidir. Estos modelos se encuentran directamente relacionados con la elección de un par simbólico u otro -hacer o pensar- a la hora de elaborar sus discursos como estudiantes en prácticas. Cabe advertir de nuevo que estamos construyendo modelos, abstracciones teóricas que nos ayuda a comprender mejor la realidad estudiada, pero que no corresponden exactamente a ella. En la práctica los discursos de los estudiantes de enfermería presentan de un modo mezclado elementos de unos u otros modelos, lo que nos indica que la profesión se encuentra en un momento de transición entre ambos.

Así, tenemos el modelo basado en el asistir, con predominio de la función asistencial del enfermero por encima del resto, y el modelo basado en el decidir, con predominio de la función prescriptiva. La principal diferencia entre ambos es el grado de reconocimiento por parte del sistema de una y otra función. Tradicionalmente en el SSPA se habría mantendría una visión clásica de la enfermería, en la que la función asistencial es hegemónica en la profesión, es decir, no sólo reconoce dicha función sino que la alienta. La visión del decidir está en cambio menos consolidada tanto en la autopercepción de los estudiantes de enfermería como en la percepción del resto de la sociedad de dicha profesión. Eso no quiere decir, como explicábamos antes, que el modelo del decidir niegue la función asistencial de la enfermería, sino que su discurso pone más énfasis en lo prescriptivo que en lo asistencial. Igualmente, el modelo asistencial no se limita a reproducir el discurso del sistema sanitario, sino que posee fisuras y tensiones frente a éste como veremos a continuación. Otro punto importante que debería quedar claro es el hecho que ambas visiones no tienen el mismo peso en el grupo de enfermeros, sino que la visión asistencial sigue siendo claramente predominante.

Esta visión clásica en la que prima el deber asistencial está muy vinculada al paradigma de la acción, con la labor de “cura” como base en la que se sustenta el modelo. Dentro de esta concepción de la profesión el saber hacer cosas -desarrollar una serie de destrezas técnicas- es lo que confiere mayor valor al enfermero. Este conjunto de habilidades son presentadas en el discurso como un saber casi artesanal, que no se aprende en los libros y que proviene de la experiencia y del método ensayo-error.

No habría una única manera de hacer las cosas sustentada en una base científica, sino que se trataría de una destreza que cada profesional podría llevar a cabo de maneras diferentes obteniendo iguales resultados en el paciente. El objetivo final -la asistencia- tiene más peso y está mejor definido que los caminos para llegar a él, los cuales vendrían a ser un conjunto de técnicas heterodoxas que cada enfermero practica de una determinada manera.

Sin embargo, con el paso del tiempo han ido surgiendo otras visiones de la enfermería que priman el decidir por encima del asistir. El objetivo último de este modelo sería el mismo que en el caso anterior -la asistencia sanitaria- pero en este caso se pone el acento en el procedimiento a seguir hasta alcanzar dicho objetivo. En contraposición al saber cuasiartesanal del modelo asistencial, aquí se trata de unificar criterios para encontrar un único modo de proceder en la cura. Es por ello que esta visión se encuentra dentro del paradigma de lo teórico, ya que el modo más eficaz de unificar criterios es conseguir un cuerpo teórico en el que fundamentar las acciones, de tal manera que cada uno de los procedimientos sea excluyente, justificado y no compatible con otras maneras de hacer como ocurría en la visión asistencial.

Como consecuencia de estas dos proyecciones acerca de cómo debe ser la profesión de enfermería, los estudiantes en prácticas articulan sus discursos en el presente teniendo como referencia uno u otro modelo. Así, el discurso sobre las prácticas de los que se alinean en la visión asistencial se basa en el hacer, mientras el de los que se decantan por la visión prescriptiva lo hace en el decidir. Lo curioso es que en ambos casos lo que sus discursos ponen definitivamente de manifiesto es la contraposición entre la parte teórica y la parte práctica de su formación, como si se tratara de dos compartimentos estancos. Da igual desde qué posición se esté hablando y qué componente del par prime en el discurso, el resultado en ambos casos es el malestar por la desconexión entre conocimiento teórico y conocimiento práctico que encuentran en su formación en centros sanitarios. En líneas generales la formación impartida en la universidad estaría relacionada con lo puramente teórico y la formación impartida en centros de trabajo con la realización de tareas. No obstante, es importante destacar que las actividades prácticas realizadas dentro de las aulas -que podrían actuar como campo vehicular intermedio- son directamente asociadas al campo de la teoría, vendrían a ser una especie de “simulacros” o falsas prácticas, ya que se desarrollan dentro del contexto de irrealidad que conlleva el centro de formación en contraposición a la realidad que conlleva el centro de trabajo.

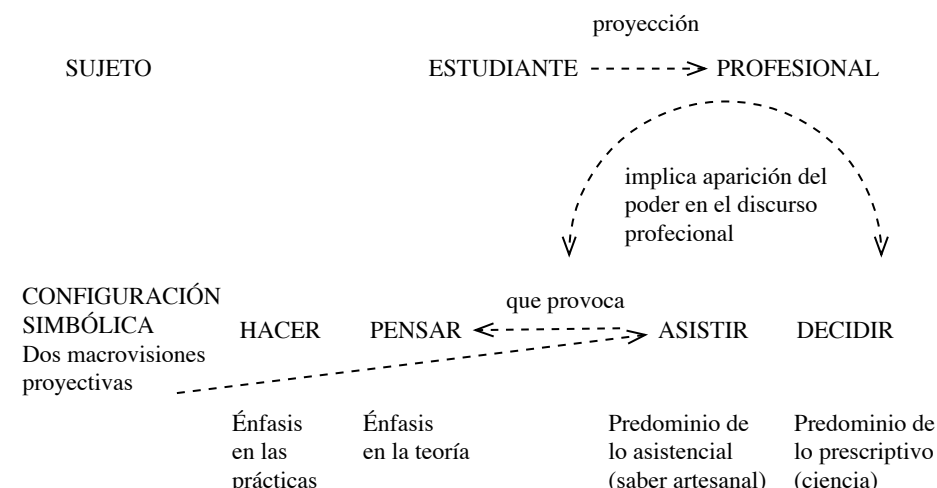


Figura 8: Configuraciones simbólicas del discurso de los estudiantes de enfermería y sus proyecciones profesionales.

El significado de lo social y lo institucional

El campo de las relaciones sociales frente al de las relaciones institucionales es el segundo par clave para entender el discurso de estos estudiantes. En sus prácticas primarían las primeras sobre las segundas, suponiendo esto numerosos desequilibrios en cuanto a la experiencia de unas prácticas sanitarias. El hecho de que no se perciba que existe una regulación objetiva y homologable de las prácticas acrecienta la disparidad de opiniones acerca de las mismas y las convierte más en una experiencia individual cuya trayectoria esta mediatizada por la mala o buena voluntad que tenga su responsable dentro del centro sanitario. Asimismo, este desequilibrio se reflejaría en los mecanismos de evaluación de las prácticas y en un nulo desconocimiento acerca de los mismos. Una arbitrariedad que nos es familiar, puesto que también la padecen los internos residentes.

La percepción de falta de institucionalización de contenidos y evaluación de las prácticas está asociada a una sensación de inestabilidad e inseguridad constante durante el periodo que duran las mismas. La constitución de unos mecanismos institucionalizados significaría para ellos el establecimiento y la estabilización de ciertas pautas que les servirían de guía en su primera incursión en el agitado mundo profesional, así como para asegurar la eliminación de sesgos en la evaluación. Es decir, la objetivación de las prácticas está relacionada con procedimientos justos y comunes para todos y con un reconocimiento por parte de las instituciones del papel que juegan las prácticas en su formación. Se recordará que la reivindicación de sistematicidad y control fue también una de las cuestiones más debatidas por los asistentes a los grupos de discusión de internos residentes.

El significado de formación y trabajo

Por último tenemos la dicotomía entre formación y trabajo, que se produce en una situación tan ambigua como son las prácticas formativas. Estas constituyen un campo de difícil definición precisamente por estar situado "en tierra de nadie", ya que se trata de un método educativo en el que se aprende trabajando, situación que también se repite respecto a los residentes. En principio los alumnos aceptan bien esta aparente contradicción, provocada por un modelo de educación eminentemente teórico y memorístico, donde la actividad técnica o manipulativa suele estar ausente o más relacionada con tareas de entretenimiento que de aprendizaje. La novedad que representa, por tanto, aprender mediante la acción en lugar de mediante la teoría imprime un carácter positivo y emocionante a la formación práctica. Sin embargo, el problema viene cuando se rompe el equilibrio pactado entre el aprendizaje y el trabajo realizado. Cuando el trabajo de la formación práctica deviene en rutina la balanza cae del lado del trabajo, ya que el aprendizaje necesita constantemente de estímulos nuevos una vez aprendida cada tarea.

Esquema de los sujetos que intervienen en sus prácticas

Únicamente nos queda ahora articular la configuración final de los diferentes discursos de los estudiantes de enfermería, contruidos a partir de los elementos analizados hasta ahora. Es decir, qué significado adquieren las prácticas en el discurso en función de la posición que ocupa el sujeto, los elementos simbólicos que prioriza y el significado que les otorga. Y para ello comenzaremos analizando el esquema en el que los alumnos se integran al realizar sus prácticas, es decir, cuáles serían los componentes fundamentales del universo de las prácticas formativas y qué lugar ocuparían ellos dentro de dicho universo. El campo en el que se mueven -el de las prácticas en centros sanitarios- responde a un esquema de relación triangular entre tres elementos fundamentales: enfermeros, profesor asociado o tutor y estudiantes en prácticas.



Figura 9: Esquema de las relaciones en la realización de prácticas de estudiantes de enfermería.

Se trataría, por tanto, de una tríada en la que -en teoría- las relaciones deberían ser bidireccionales cada uno de sus miembros para garantizar el buen funcionamiento de la formación. Los estudiantes en prácticas ocuparían la posición del sujeto desde la que habla el alumno; los enfermeros serían aquellos profesionales con los que realizan mano a mano sus prácticas en los hospitales y centros de salud; y por último, los tutores se corresponderían con la figura del profesor asociado que se encarga de gestionar y controlar las prácticas de un grupo de estudiantes. Sin embargo, el peso (en cuanto a relaciones de poder) y la comunicación entre los elementos de la tríada generan desequilibrios que en la mayoría de los casos constituyen el objeto principal de las críticas de los estudiantes respecto a la conformación de sus prácticas. Así pues, podremos ver más detenidamente la articulación final del discurso teniendo en mente este triángulo.

Consecuencias discursivas de la separación entre el hacer y el pensar y su relación con el asistir y el decidir

La escisión entre el hacer y el pensar de la que ya hemos hablado se articula finalmente generando dos polos de atracción entre los que se dividen los discursos de los enfermeros, creando tensiones en la enunciación de sus relatos sobre las prácticas. Recordemos que cada uno de estos polos se correspondía con una determinada macrovisión proyectiva acerca del significado de la enfermería -visión asistencial o prescriptiva- que disponía el discurso de los estudiantes relacionándolo bien con el hacer, bien con el decidir. Esta configuración se va construyendo a lo largo de la carrera, presentando una escisión más evidente entre los dos polos al final de la misma. Así, en el discurso de los alumnos más jóvenes la proyección de la enfermería relacionada con el ámbito del decidir apenas aparece, probablemente porque este discurso exige una conciencia profesional de la que ellos aún carecen, pues su exposición al mundo laboral -o a su imitación en forma de prácticas- ha sido menor. Probablemente tampoco han tenido tiempo de recoger en los centros sanitarios un determinado discurso que opera dentro de la lógica del cambio y aboga por una redefinición de las funciones de los enfermeros y, en consecuencia, por un reposicionamiento del colectivo. Este grupo suele presentar menos elementos de competitividad debido a que su discurso no suele cuestionar relaciones de poder dentro de las instituciones sanitarias, quedando su visión restringida al ámbito intraprofesional. Esto hace que resulte decisivo en el análisis el modo en que este grupo define y diagnostica al conjunto profesional de los enfermeros, es decir, se proyectan a sí mismos a través de su discurso sobre el colectivo de enfermeros. Para este grupo el elemento central de su discurso de comparación interprofesional es la vocación. Se percibe como un requisito indispensable para ejercer. Obviamente todos ellos se sitúan dentro del primer grupo de esta clasificación. Pero ¿qué significa la vocación dentro de esta macrovisión del hacer? Básicamente, cumplir con el objetivo de su proyección profesional, curar a los enfermos:

H: El problema es que el que entra así, (sin vocación, poco motivado) a lo mejor el primer año, el segundo o el tercero estará bien, pero cuando lleve 20 años esta ya quemado". (G8)

M: Yo creo que tiene que ser mucho más vocacional. Si tú te metes en esto, tendría que ser, que no lo es, porque eres una convencida de esto y te gusta. (G8)

Por su parte, en los estudiantes de último curso la división entre aquellos que mantenían esta visión del decidir y aquellos que mantenían una posición más clásica basada en el papel exclusivamente asistencial de la enfermería es capaz de crear tensiones en un grupo como el de los enfermeros, que es relativamente homogéneo. Este hecho se encuentra directamente relacionado con la adquisición progresiva de un rol mucho más profesionalizado en los alumnos más mayores y con más experiencia en el campo de las prácticas. Pensemos que por tratarse de un campo, el de las prácticas, especialmente difuso y fronterizo, los estudiantes que lo han transitado durante más tiempo han podido adquirir una visión más profesionalizada y trasladar los requerimientos laborales de los enfermeros a sus discursos estudiantiles. Así, un grupo reducido de alumnos que se incluyen dentro de la macrovisión del decidir posee un discurso muy elaborado acerca de los dos puntos principales en los que se sustentan estos discursos renovadores de la enfermería: la función prescriptiva y la posesión de un cuerpo teórico y científico propio al margen de la medicina. De esta manera cuando trasladan este discurso al mundo académico lo que obtenemos es la centralidad de la teoría como eje de su formación -configuración simbólica del pensar frente a la del hacer-.

En este colectivo la comparación interprofesional también aparece, al igual que en el caso anterior, sin embargo la clasificación entre verdaderos enfermeros -con vocación- y falsos enfermeros -carentes de ella- adquiere otro tipo de significado. Si anteriormente habíamos comentado que en el caso de la macrovisión del hacer la vocación tenía la finalidad de alentar al enfermero a curar al paciente, en este otro grupo tendría la finalidad de tener voluntad para seguir aprendiendo -énfasis en el aprendizaje teórico-. Esta actividad extraprofesional y no remunerada ni exigida por el sistema sería la que vendría a diferencias a los buenos enfermeros de los que no lo son:

H: Depende de nosotros, que no queramos ser un títere, un muñeco, que nos digan: "Toma, da esto", sino tú, sentarte delante de tu libro de Farma y ver para qué es cada medicamento. Justificarte con la teoría para luego tú aplicarlo a la práctica. (G8)

H: Pues ahí depende de ti, de que seas un buen profesional, cogerte un vademécum y decir "esto es para lo que sea". Es dentro de cada uno. (G8)

Se trata, por tanto, de un significado que es coherente con su proyección profesional, basada en el decidir y en la formación teórica como camino hacia su consecución, y que vendría a reforzar la imagen del enfermero autónomo en contraposición a la del enfermero que únicamente ejecuta lo que otros delegan en él:

H: Si lo que te gusta es recibir una nomina a final de mes por hacer lo mínimo posible, que es totalmente lícito, pues tal cual: a poner medicaciones sin saber lo que pongo, a dar pastillas, en fin, hacer cosas sin pensarlo. (G8)

H: Un enfermero tiene que ser absolutamente resolutivo, es el primero que esta con el paciente y para eso tiene que tener conocimientos biomédicos más que exhaustivos. (G8)

En el fondo subyace una tensión entre las dos grandes profesionales del SSPA (enfermeros y médicos) donde lo que está en juego es la prescripción, justificándola en el plano de la acción como herramienta que les permitiría ser más operativos, y en el plano teórico con un cuerpo científico propio que les hace merecedores de dicha función.

Por último, señalar que además de la tendencia a la asunción de una u otra macrovisión dependiendo del curso en el que se encuentre el alumno merece la pena señalar la actuación de otra dimensión para

terminar de perfilar este punto. Se trata del género. Se pudo percibir en los grupos una mayor tendencia a la adopción de la lógica del decidir por parte de los varones frente a una mayor probabilidad de las mujeres para adoptar la visión de la enfermería asistencial.

Si bien ya hemos comentado que las referencias a un papel de la enfermería más autónomo y menos dependiente del médico fueron muy pocas, provinieron casi en su totalidad de estudiantes varones. Mientras que las chicas cada vez que hablaban sobre su profesión lo hacían llevándose la espontáneamente al terreno de lo asistencial. No obstante es en los alumnos de último curso en los que se percibe más claramente esta tendencia a la segmentación por género. Normalmente, en ambos grupos las intervenciones de los estudiantes fueron de carácter más conciliador y menos crítico en temas especialmente delicados relacionados con las prácticas, como ya iremos viendo.

A partir de estas dos grandes configuraciones (hacer-pensar) y las variables que interseccionan con ellas creando tendencias dentro del grupo (curso y género) podemos abordar el análisis de los temas que aparecen en el discurso de los estudiantes de enfermería relacionados con las prácticas en centros sanitarios.

Expectativas

Esta escisión de la enfermería en torno a dos macrovisiones tendría importantes consecuencias en las expectativas que unos y otros estudiantes se han creado con respecto a la formación en centros sanitarios. Por un lado, aquellos que ponían mayor énfasis en el componente asistencial -que en el cómputo de los dos grupos representan a la mayoría- reclamaban un mayor papel de las prácticas en el currículum universitario, que se viera reflejado en cantidad y calidad de las mismas. Si para ellos la enfermería sería ese saber cuasiartesanal del que hablábamos antes, que se aprende de otros profesionales con mayor experiencia, el papel de lo empírico constituiría la base de su formación frente a una devaluación de lo teórico. Por lo tanto sus expectativas en las prácticas se centran en la adquisición de una serie de habilidades o destrezas técnicas que puedan aplicar en el posterior ejercicio real de su profesión. Por otra parte las expectativas de los sujetos centrados en la lógica del pensar y del decidir lo que esperan es poder aplicar los conocimientos adquiridos durante la carrera.

3.3. Otras carreras sanitarias

Como ya hemos comentado anteriormente, las carreras de medicina y enfermería guardan una relación entre ellas que no se puede equiparar a la que mantienen con el resto de carreras sanitarias. Es por ello que merecen capítulos separados dentro de este texto. Sin embargo, este tercer epígrafe referido al resto de titulaciones presenta una gran diversidad, tanta como la existente entre las diferentes titulaciones sanitarias, lo que nos obliga a hacer una serie de agrupaciones teniendo en cuenta similitudes referidas a la orientación sectorial y clínica que guardan entre ellas.

3.3.1. Psicología Clínica y Odontología

Ambas carreras comparten aspectos asociados a su rol profesional, y es que las dos se caracterizan por ser especialidades sanitarias muy consolidadas en el tiempo y a las que, pese a ello, no se accede a través de medicina, que es el tronco común de la mayoría de especialidades. Esto hace que los estudiantes compartan una alta vocación clínica y, por tanto, una honda preocupación por el trato con el paciente. Así como las consiguientes dudas acerca de su capacidad para pasar consulta de la forma adecuada cuando se encuentren solos ante el paciente:

M: Hay asignaturas en las que, o sea, es que el temario... La parte de teórica, puede que estén muy bien, en cuanto a teoría, pero como todo eso se aplica en un paciente, (...) o sea, nosotros nos vamos, salimos de la carrera y (...) es que sales con conocimientos muy, muy básicos, tanto que no eres capaz de tratar a pacientes en esas áreas. Entonces yo que se, ahí si hay mucha carencia. (G1)

M: Es poco. Porque yo por ejemplo no me siento preparada, ¿sabes? Yo a lo mejor acabo en sep-

tiembre o lo que sea y yo no me siento preparada... (G1)

Por otra parte, el hecho de compartir la ausencia de formación médica influye, sobre todo en el caso de la psicología, en el rol profesional (y académico) de ambas titulaciones. Las dos adolecen de una sensación de secundariedad y complementariedad con respecto a otras especialidades médicas (en el caso de la psicología es bastante obvia la competencia con la psiquiatría, la cual posee la capacidad prescriptiva que otorga el título de medicina). Por otra parte, el número de plazas públicas ofertadas es menor que las de los médicos especialistas, lo que empuja a muchos de estos profesionales elijan encaminarse hacia el sector privado. Este hecho se debe, en última instancia, a que tradicionalmente las patologías relacionadas con estas dos especialidades no se encontraban cubiertas por la sanidad pública, por la menor importancia que socialmente se concedía a la gravedad de sus secuelas en comparación a las tratadas por la medicina. Obviamente esta concepción ha ido debilitándose con el paso del tiempo, pero aún se deja notar en el escaso número de estos profesionales en el SSPA en relación a la creciente demanda de sus servicios producida en los últimos años.

Este fenómeno influye en el rol de los estudiantes en forma de una menor conformación de su rol profesional, y en consecuencia, en una autopercepción que no sitúa a la profesión en un estatus tan alto como el del médico, ni en el ámbito hospitalario ni en el académico.

3.3.2. Farmacia

H: Yo estudié farmacia porque es muy cómodo. Quería algo relacionado con la salud, medicina no porque era mucha tela, muchos años, y después unas oposiciones. Sabía que me iban a agobiar tela, y el tema de enfermería y eso lo veía bajo. ¿Qué me queda?, pues farmacia. (G1)

La posición social de los estudiantes de Farmacia se suele situar cercana a la del médico. Se instala en la práctica médica cotidiana como un vértice del un triángulo clínico completado por el médico y el paciente. Lo que, en este caso, tiene bastante sentido, pues en el protocolo de la consulta y el tratamiento del enfermo los farmacéuticos participan acto seguido a la visita al especialista, con vistas a materializar la solución recetada por éste. Esto favorece que su posición en el mundo sanitario, como la de muchos otros, se mida también en relación a la del médico.

Los estudiantes de farmacia suelen, además, tener un rol muy académico, debido a la importante carga teórica de su formación y a la escasez de contenidos prácticos. Sin embargo, dentro del sistema poseen un papel cada vez más comercial (farmacia) o dispensador (hospital), lo que contrasta con este alto nivel de formación. En consecuencia, a veces se suelen producir disputas con las competencias médicas y el espacio de cada una de las profesiones, ya que el farmacéutico se siente en posesión de conocimientos teóricos suficientes como para rebatir las prescripciones de un médico.

H: Ten en cuenta una cosa muy importante, y eso sí te lo digo, el médico y el farmacéutico no funcionan. (...) El médico se cree que está muy por encima del farmacéutico, y claro, el farmacéutico no va a dejar nunca que un médico esté por encima. Lógicamente estudiamos lo mismo, tú entiendes de una cosa y yo entiendo de otra, y no quieras suplantar mi trabajo. (G1)

No obstante, esta tendencia al conflicto se percibe más claramente en los estudiantes de farmacia que optan por realizar sus prácticas en el hospital que en aquellos que han optado por el campo de la oficina de farmacia. Entre estos últimos raramente percibimos un problema de competencias con otras profesiones, ya que su campo de trabajo y sus funciones están claramente delimitadas y ellos se reconocen en ese espacio, asumiéndolo sin mayores problemas. Entre los estudiantes que optan por esta segunda vía se percibe una menor vocación clínica en favor de una mayor actitud comercial, propia de la apertura del mercado de productos relacionados con la salud y su puesta a la venta en establecimientos farmacéuticos. Éstos ya no se ciñen únicamente a dispensar las medicinas que receta el médico, sino que se han abierto nuevos campos como la belleza, la nutrición o la estética que hacen que al menos una parte de la farmacia haya tendido a incorporar elementos

del establecimiento comercial ordinario.

3.3.3. Veterinaria

Los estudiantes de veterinaria ocupan un lugar un tanto discordante en este estudio. Si bien es cierto que tienen cabida dentro del SSPA, sus expectativas están en la mayoría de los casos más relacionadas con el tratamiento de los animales que con la inspección sanitaria o la prevención, que constituyen otro tipo de salidas laborales de su titulación. Esto hace que el rol que se han conformado como estudiantes permanezca al margen del mundo de la clínica humana y, por tanto, alejado del resto de posiciones discursivas que afloraron durante el estudio. A este hecho favorece la escasez de estancias prácticas que les permitan probar otras salidas profesionales en el campo de la sanidad más allá de la principal, la dirigida al cuidado de animales:

M: Bueno, pues nosotros, salidas, la verdad, muy pocas.

H: Se podría hacer mucho más, y se podría aprender y también muchas veces se podría motivar más con... O sea, a mí nunca se me había pasado lo del matadero por la cabeza. Estudié veterinaria porque me gustan los animales, pero... la verdad, es que... No sé... Como para tener ahí otro campo abierto, ¿sabes? (G1)

No obstante, debemos advertir que con su integración en el Cuerpo Superior Facultativo de Instituciones Sanitarias de la Junta de Andalucía se ha alcanzado un logro en cuanto a su reconocimiento profesional dentro del SSPA. La norma unifica el régimen laboral de los veterinarios y farmacéuticos, cuyo trabajo, diferenciado del resto de la administración autonómica, se centra sobre todo en actividades externas de salud pública e inspección de infraestructuras y productos alimentarios. Finalmente, la norma aprobada agrupa las funciones del Cuerpo de Farmacia y Veterinaria en tres grandes bloques: protección de la salud, promoción de la salud y formación e investigación, abriendo nuevas posibilidades para los convenios con las facultades.

3.3.4. Nuevas carreras, nuevas identidades

Existe un perfil muy definido dentro de estas profesiones sanitarias que es el correspondiente al de las carreras de nueva creación. Los estudiantes pertenecientes a este grupo presentaban un rol muy homogéneo, ya que compartían los mismos problemas y aspiraciones al margen de la materia específica de sus disciplinas de procedencia. Estos sujetos se caracterizan por la mezcla de sus roles académico y profesional, así como por tener un alto grado de implicación en ambos. En el caso del rol académico, la novedad de estas titulaciones produce una determinada caracterización, basada en la alta movitavación y la apertura de expectativas. Así, existen muestras de un amplio conocimiento en cuanto a normas, procedimientos y contenido de la carrera, además de una relación más estrecha con sus profesores. Probablemente porque tanto alumnos como docentes estén aprendiendo e instaurando juntos el funcionamiento de una nueva disciplina, siendo la comunicación y consulta entre ambos fundamental para ello. Por su parte, la implicación en el campo de lo profesional también es alta, pues existe una clara conciencia del desconocimiento que la sociedad tiene sobre los servicios que estos nuevos profesionales puedan prestar. Esto provoca que la mayoría de sus discursos estén enfocados a justificar su labor profesional y a demandar su inclusión dentro del hospital. El tercer y último rasgo que merece ser destacado de las nuevas identidades profesionales es la actitud de motivación que la mayoría de sus estudiantes comparten y que resulta muy difícil encontrar en otras carreras más asentadas:

M: Tenemos que crear necesidad para poder trabajar. (E6)

En definitiva, las circunstancias de excepcionalidad y novedad que acompañan estas nuevas profesiones provocan como respuesta ante el exterior una rápida conformación de identidades sólidas y muy homogéneas, que se definen constantemente a modo de "presentación en sociedad" para reforzar su entrada en el mundo académico y profesional, como un modo de justificar su propia existencia.

Dentro de este apartado podríamos diferenciar dos subgrupos de titulaciones: aquellas que pese a ser de nueva creación están reconocidas por el SSPA y por lo tanto tienen demanda del sector público y aquellas que no.

a) Carreras de nueva creación con demanda dentro del SSPA

En este apartado se incluyen las diplomaturas de terapia ocupacional y fisioterapia, ambas con demanda por parte del sector público, aunque con un espacio dentro de él considerablemente menor al del resto de especialidades. Debido a ello la mayor parte de la oferta de estos profesionales se encuentra en el sector privado y las expectativas de los estudiantes respecto a su incursión en el SSPA son muy bajas.

Pese al coste de su introducción en la sanidad pública, los estudiantes son conscientes de otra desventaja con la que tendrán que luchar para acceder a este sector: el intrusismo o la falta de delimitación de competencias. Ser disciplinas de nueva creación no implica que los servicios que pueden ofrecer sean enteramente nuevos, sino que estaban siendo cubiertos por otras especialidades más asentadas y generalistas. El trabajo de fisioterapia, por ejemplo, quedaba englobado bajo la tutela del traumatología. El de terapia ocupacional, por su parte, venía siendo realizado por enfermeros y trabajadores sociales. Esto acentúa ese discurso justificatorio del que hemos hablado, a fin de demostrar la pertinencia de su especialidad:

H: Eso es lo malo, que lo que es en lo público hay muy pocas terapeutas, salen muy pocas plazas y va la cosita poquito a poco, porque muchos enfermeros también se meten (...) Es lo más normal ahora mismo, porque es que si hace diez años no existía esta carrera y no había gente preparada para llevar a esos pacientes, pues lo más normal es que se meta el enfermero, que...

M: El trabajo de terapia en la mayoría de las ocasiones incluso está hecho un poco también por los auxiliares en los talleres. El típico taller mismo de manualidades, pues en verdad eso no es un taller de manualidades para entretenerlos, eso tiene un fondo, cuando tú haces un taller de manualidades. Y eso lo llevan los auxiliares, los enfermeros, y lo hacen por entretener, básicamente. Y claro, cuando llega un terapeuta ellos dicen: vamos a ver, ¿este qué? Y para hacer un taller me están quitando mi trabajo, ¿sabes? Porque ellos lo ven así, para hacer un taller, pero es que nosotros no lo hacemos por hacerlo. Hay mucho intrusismo.

H: Pero es eso, poco a poco tendremos que ir pisando...

M: Pero yo no creo que eso sea culpa ni de ellos ni de nosotros, es que eso no existía...

H: No, no es culpa de ellos. Es por eso, si no había gente preparada para...

M: Si no existía, tenían que cubrirlo con algo. (E4)

b) Carreras de nueva creación sin demanda dentro del SSPA

Aquí se situarían las diplomaturas de óptica, logopedia, nutrición y podología, las cuales tienen como denominador común la falta de reconocimiento de sus titulaciones por parte del SSPA. Ahora bien, existen dos situaciones diferentes en este subgrupo que nos permiten diferenciar entre la inexistencia de una especialidad dentro del sistema y la cobertura de una determinada especialidad a través de otro tipo de profesionales, como sucedía en el caso anterior. La primera situación es la de la logopedia, especialidad que no cubierta por el SSPA y que ha relegado a este tipo de profesionales al mundo de los gabinetes privados. Aún así, los alumnos se muestran bastante satisfechos con su futura profesión y el reclamo de un lugar en la sanidad pública no es tan fuerte como en el resto de las diplomaturas de este grupo.

En la segunda situación se incluyen la óptica, la podología y la nutrición. Se trata de especialidades

muy concretas que el SSPA tiene reconocidas bajo la competencia de otros profesionales con más arraigo dentro del sistema. El campo de la óptica lo abarca la oftalmología, el de la nutrición es competencia del endocrino y el del podólogo es responsabilidad del traumatólogo: especialidades médicas en los tres casos. Ante este hecho el discurso que plantean los alumnos está más enfocado a la cooperación que al conflicto. Los sujetos de las nuevas carreras reconocen la labor de estos profesionales que tradicionalmente han abarcado sus funciones, y también comparten la opinión de que su entrada en el SSPA no supondría la obligación de elegir entre uno u otro. Las tres especialidades han desarrollado un argumento para su entrada en los centros sanitarios basado en la complementariedad y la especialización. Creen que su presencia serviría para descongestionar las funciones de los especialistas que ocupan su campo, ya que ellos se harían cargo de una parte de sus tareas con grandes garantías de calidad debido a su alta especialización, (lo que a su vez constituye su mayor limitación). Los estudiantes de estas carreras son los que presentan un discurso más reivindicativo y mejor elaborado respecto a las innumerables ventajas que, en su opinión, tendría su entrada en la sanidad pública. Y es que pueden demostrar que efectivamente existe una demanda de sus servicios, puesto que se les está comenzando a contratar bajo la figura de autónomos en algunos hospitales de Andalucía pese a que no exista demanda concreta de su titulación:

M: en la sanidad pública, estar en un hospital de optometrista se está empezando a ver ahora, desde hace pocos años, y quieren que estén allí pero está muy mal todavía. Un contrato de un optometrista en un hospital es de autónomo, cosa que yo no veo bien, porque nosotros estamos como un complemento al médico, al oftalmólogo y al enfermero. (G2)

3.3.5. Las carreras del laboratorio

Por último, tenemos un grupo de carreras con más tradición investigadora que sanitaria, pero que pese a su reducido número ocupan una posición que va adquiriendo cada vez más solidez dentro del sistema. Se trata de las licenciaturas de física, química, bioquímica y biología, que se han ido abriendo paso en el mundo hospitalario muy vinculadas a los laboratorios (en el caso de las tres últimas) y a la radioterapia (en el caso de la Física). Todas ellas comparten una muy baja orientación sanitaria durante el transcurso de la carrera y un descubrimiento prácticamente casual y muy minoritario de este tipo de salida profesional. Se trata de estudiantes que, pese a estar cursando titulaciones reconocidas como sanitarias, no han realizado nunca durante su etapa académica prácticas en centros de este tipo. De hecho, hasta que no empiece su periodo de residencia les une más que cualquier otra cosa el hecho de aspirar al ejercicio científico y el desconocimiento del mundo sanitario.

Nota sobre las carreras con sistema de residencia

Merece la pena hacer un pequeño apunte sobre la diferencia entre las carreras que pueden optar por el sistema de formación residencial y las que no. Obviamente el MIR es la opción más conocida tradicionalmente por el número de estudiantes que optan por ella y por haberse convertido en un requisito para los médicos que quieren trabajar en centros públicos, opción a la que aspiran la mayoría de los estudiantes de medicina. No obstante existen residencias para otras especialidades como enfermería, farmacia, psicología, física, química, biología y bioquímica. Pese a ello, el conocimiento de esta posibilidad durante su carrera es muy desigual dependiendo de los estudios realizados. En el caso de las cuatro últimas -las carreras de laboratorio de las que hablábamos en el apartado anterior- el desconocimiento de esta posibilidad es bastante generalizado, de tal manera que no existen para ellos expectativas creadas dentro del SSPA. En el caso de los estudiantes de farmacia y psicología esta posibilidad es más conocida, hecho que probablemente alienta el propio entorno académico: en el caso de la psicología creando una especialidad clínica, y en el caso de la farmacia dando la posibilidad a sus alumnos de realizar sus prácticas en el servicio de un hospital. Sin embargo, estas dos últimas consideran excesivamente difícil la vía de la residencia por el escaso número de plazas convocadas para estas especialidades. Cabe hacer una última distinción: pese a que en ambos casos esta opción no es la mayoritaria, los estudiantes de psicología la valoran y anhelan en general más que los de farmacia, que en este aspecto tienen una actitud más abierta a las posibilidades profesionales que les ofrece el mercado.

4. EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA

Hasta ahora hemos visto la importancia que ostentan las prácticas tanto para la conformación del rol profesional como del rol de estudiante, y cómo cada uno de ellos se conjugaba con un discurso institucional particular que apuntalaba el papel de las prácticas. Sin embargo, cabe señalar la confluencia -probablemente involuntaria- entre la universidad y el hospital como el elemento decisivo, por la coherencia discursiva entre ambas instituciones, en la consolidación del papel de las prácticas en la formación de los profesionales sanitarios. Esto es debido al cambio momentáneo en los intereses tradicionalmente perseguidos por ambas instituciones: en la universidad se vive un interés creciente por la profesionalización de sus alumnos y en el hospital por la formación de sus futuros trabajadores. Esta coherencia entre fines es percibida por el alumno como una apuesta muy sólida de ambas instituciones por el aprendizaje práctico, lo que vendría a dar la razón a su reivindicación sobre la importancia del papel de las prácticas en la formación, tal y como hemos visto anteriormente.

Veamos brevemente algunos ejemplos de esta coherencia discursiva entre instituciones extraídos de documentos clave. Por un lado tenemos una coincidencia en el modelo que manejan ambas instituciones, el de la gestión por competencias. La formación por competencias tiene por objetivo que los alumnos comprendan los fundamentos de una disciplina, de manera que sepan aplicarlos a los diferentes ámbitos de la vida. No se trata de aprender tantos contenidos como una persona pueda, que es como tradicionalmente se entendía la educación, sino de que se aprenda a aprender, es decir, de desarrollar la capacidad activa y creativa del alumno para que pueda adaptarse al cambio, concediendo tanta importancia a la actitud y la destreza como a los contenidos. Hemos visto como el SSPA hacía toda una declaración de intenciones en el 2006¹² acerca de la aplicación de este sistema.

El sistema universitario hace una apuesta similar. A raíz de la Declaración de Bolonia, que da comienzo al proceso de convergencia europea en materia de educación (el conocido Espacio Europeo de Educación Superior, EEES) un grupo de universidades se reúne para concretar en un proyecto con actuaciones concretas para la adecuación al futuro marco europeo apuntado en dicha Declaración. Según el proyecto Tunning, se deben sustituir parte de los conocimientos por “habilidades, competencias y destrezas”. Estas tres palabras aparecen de manera recurrente. Asistimos igualmente desde el marco universitario a nivel europeo a un interés creciente por la formación práctica del alumnos, es decir, por las habilidades y actitudes adquiridas, además de los conocimientos que se corresponderían con el aprendizaje teórico que tradicionalmente ha primado en el ambiente académico.

Esta serie de convergencias de los discursos de los alumnos y las respectivas instituciones que regulan sus prácticas (universidad y hospital) han consolidado un posición fuerte de las prácticas dentro del discurso académico general y han permitido la elaboración de altas expectativas por parte de los alumnos como veremos más adelante. Podemos adelantar sin embargo que las tensiones aparecen cuando ponemos esos discursos en práctica

Así, el modelo tradicional (continental) se caracterizaría por una preponderancia de lo teórico y lo académico en la formación sanitaria, mientras que el nuevo modelo (anglosajón) apostaría más por lo práctico, por la aplicación constante del conocimiento en el centro de trabajo, dando un papel más relevante que el modelo anterior a las prácticas formativas en centros sanitarios. Se trata de presentar los elementos más representativos de cada modelo, lo cual no quiere decir que ninguno de los dos sea excluyente. Ambos dedican un espacio tanto a la práctica como a la teoría, pero cada uno prepondera un elemento diferente:

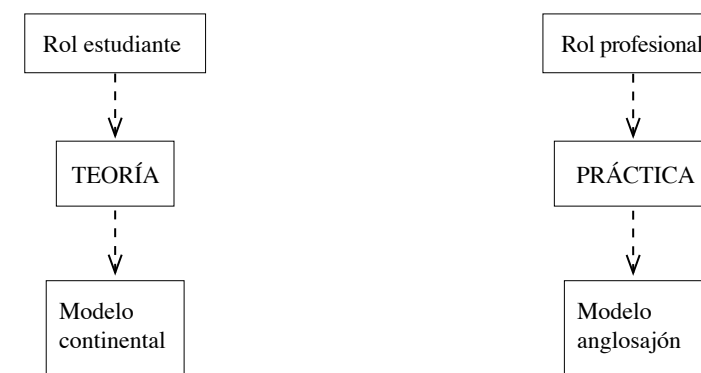


Figura 10: Modelos continental y anglosajón de la formación universitaria.

Quizá ahora se entienda mejor la falta de articulación o equilibrio señalada en los grupos, ya que es el mismo sistema el que refleja dicha contradicción, propia de un modelo en transición. Por una parte, como ya se ha dicho, el modelo tradicional o continental sigue teniendo mucha fuerza en la organización del SSPA, lo cual tuvimos ocasión de comprobar ya en la parte dedicada a la formación residencial. Este modelo prepondera una formación más teórica en el ámbito de la sanidad, basada en la exclusiva capacidad de diagnóstico y prescripción del médico. Sin embargo, un nuevo modelo está siendo impulsado desde Europa (el anglosajón) y desde la gestión sanitaria a nivel nacional. Este nuevo modelo relativiza la hegemonía del médico dentro del SSPA en pos de una nueva concepción caracterizada por el trabajo en equipo, la colaboración del médico con distintos profesionales capaces de aportar información valiosa para el diagnóstico y la prescripción, la centralidad del usuario y una mayor exigencia a la figura del médico a la hora de la aplicación de técnicas sanitarias consideradas anteriormente “de enfermería”.

Sin embargo, y como es habitual en cualquier sistema en pleno cambio del modelo que le legitima, lo que ocurre en la realidad no se suele corresponder con la articulación teórica de un modelo que aún no ha sido puesto en práctica en su totalidad. Más adelante veremos cómo la mayor parte de las críticas expresadas en la evaluación del sistema de prácticas sanitarias provienen de esta misma tensión.

En general, se puede afirmar que existe un común denominador en los discursos de todas las carreras aquí analizadas a la hora de evaluar su formación universitaria: la reivindicación de mayor contenido práctico en su formación. Los matices encontrados en estas afirmaciones son el resultado del mayor o menor grado de satisfacción que presenten con su carrera en general y con su experiencia en las prácticas en particular. Pero aún en los casos en los que las opiniones son más favorables, esta reivindicación aflora en el discurso de manera muy recurrente y homogénea. En la mayoría de los grupos encontramos una preocupación por la falta de adecuación del conocimiento teórico en su futura carrera profesional, sobre todo en aquellos en los que existe mayor grado de orientación clínica:

H: Quejas también hay unas poquitas, porque, no se, no... no orientan bien, como... Yo qué se, yo lo veo como que debería ser mucho más práctico que teórico lo que estamos viendo. Tenemos mucha teoría, mucho... no se cómo decir... y en verdad, lo que interesa es cuando llegas a un centro, cómo... O sea, poder atender al paciente. Y en verdad eso no lo estamos aprendiendo en lo que es en clase. Algo en prácticas, pero aun así, las prácticas...

M: Son pocas horas... (E4)

12. Consejería de Salud, 2006.

H: Nosotros lo cambiaríamos muy poquito. Todo hacia algo más práctico, encaminado hacia algo más práctico. Y sobre todo los dos primeros años de medicina. Porque estudiamos, o sea, patologías que no tienen nada que ver, pero absolutamente nada que ver con la boca y no es que no se tengan que saber, que hay muchas cosas que están relacionadas. (G1)

Este hecho está directamente relacionado con la inseguridad generalizada que sienten los estudiantes de estas titulaciones al enfrentarse al trato con el paciente, tanto humana como técnicamente. El temor a equivocarse en una intervención práctica se acentúa conforme se acercan los últimos años de carrera y aumenta conforme al grado de orientación clínica de la carrera. Una vez más una situación que coincide con la de los internos residentes:

M: Entonces yo echo de menos en la universidad eso, que hay mucha teoría, y sí que tenemos que tener una base fuerte porque somos profesionales de la sanidad y estamos tratando con personas, no con cualquier cosa, pero sí que hace muchísima falta práctica en todos los sentidos, desde cómo tratar al paciente a... También se nos tiene que ver sueltos, no puede ser que nos llegue alguien y quedarnos así... (G1)

M: Hay asignaturas en las que, o sea, es que el temario... La parte de teórica, puede que estén muy bien, en cuanto a teoría, pero ¿cómo todo eso se aplica en un paciente? (G1)

Por otro lado, los estudiantes tienen la creencia de que el aprendizaje práctico es mucho más rápido y efectivo que el aprendizaje teórico, lo que sumado a los argumentos anteriores, convierten a las prácticas en el procedimiento paradigmático de enseñanza entre los alumnos de ciencias de la salud en general. Por otro lado, la percepción acerca de la infravaloración en el mundo profesional de los conocimientos proporcionados por la esfera académica contribuye así mismo a reforzar dicha creencia:

H: Yo voy a una clínica y me dicen, “venga, haz esto”. Te sientas al lado de él, simplemente te tienen como auxiliar y nada más de verlo aprendes en un mes lo que has aprendido en la carrera durante 5 años. En un mes. Y te dice, “esto es esto, esto es lo otro. No, esto no es así, olvídate de lo que te dijeran en la facultad, esto se hace así”. ¿Cómo me voy a olvidar de lo que hice en facultad? ¿Qué he hecho durante 5 años de mi vida? (G1)

Sin embargo lo que se intuye tras este discurso de falta de prácticas es una percepción general de falta de formación para enfrentarse a la vida profesional, la cual puede que simplemente responda a sus miedos e inseguridades al cruzar el umbral académico. Recordemos que el campo de este estudio está realizado con alumnos en el último año de carrera. Por lo tanto, es comprensible que en este momento tan crítico puedan hacer una retrospectiva en la que probablemente acentuarán más las deficiencias que los aciertos de la propia universidad:

M: Necesitaríamos que fuera desde el primer curso, para estar formados y en tercero salir preparados para afrontar cualquier problema. Pero es que de la manera que salimos necesitamos un mínimo de dos, tres años para poder decir: “Me siento capacitado para estar defendiendo mi propia diplomatura”. (G2)

M: Eso es lo te dicen muchos profesores, eso es experiencia clínica. Muy bien, yo parto que dentro de 10 años, obviamente abriré la boca así y diré esto, ta, ta, ta. Y ahora no lo sé, ahora dudo y me planteo quince mil posibilidades de tratamiento y digo, ¿lo estaré haciendo bien? Pero hay cosas que se suponen que en la facultad te debería quedar superclaras, como esto, esto y esto lo tienes que hacer así, y no te quedan esos conceptos básicos claros. (G1)

Y es precisamente esa percepción de estar poco preparados para el ejercicio profesional la que nos conduce al siguiente aspecto que tienen en común los discursos de estos alumnos: la seguridad de estar -en mayor o menor medida- abocados a continuar su formación más allá de la obtención de la licenciatura o diplomatura. Con la opción del master no sólo tratan de dar respuesta a una de las principales demandas del mercado -la especialización-, sino de completar la formación que creen que no recibieron durante la carrera. Sus expectativas con el postgrado son las de encontrarse por fin preparados para la clínica y desterrar los temores que origina el paciente:

H: Nosotros nos vamos, salimos de la carrera y eso, sólo te queda la salida de entrar en un master porque quieras aprender lo básico. O sea, ya no sólo mejorar, o digamos, yo que sé, especializarte, sino porque es que sales con conocimientos muy, muy básicos, tanto que no eres capaz de tratar a pacientes en esas áreas. Entonces yo que sé, ahí si hay mucha carencia. (G1)

H: La formación pues bueno, dentro de lo que cabe damos algo muy general, sabemos un poco de todo, pero quizás no sepamos bien de nada. Luego tenemos que hacer los master, o... Y con lo cual hace falta mucho dinero para hacer algo de postgrado. Que si, bueno, digamos que va un poco encaminado a las especializaciones, pues bueno, no te queda mas remedio que hacer, el día de mañana hacer un postgrado, hacer un master o un curso de experto o algo así. (G1)

Estos tres factores -percepción deficitaria de su formación, miedo a enfrentarse al paciente y necesidad de especialización- dan lugar, necesariamente, al retraso en la entrada al mundo laboral:

M: Nosotros también vamos a acabar este año y yo tampoco me siento preparada (...). Si empiezo a trabajar tendré que decirle a mi jefe: “Espérate que aprenda un poco porque estoy un poco verde...” Sí, tengo mucha base teórica, pero (...) problemas con las prácticas. (G2)

Valoración de lo público

Los estudiantes que han cursado sus estudios en centros públicos valoran muy positivamente su experiencia frente al modelo privado. A pesar de que en nuestra muestra todos los entrevistados procedían de centros públicos no hubiera sido extraño encontrar cierta idealización o aspiración a la formación privada. Sin embargo, el resultado ha sido muy homogéneo y se ha argumentado en términos de prestigio: el título que obtengan será más valorado en el mercado laboral que otro procedente del ámbito privado:

M: [En nuestra facultad] son tres cursos de prácticas que mira, si tú no eres muy hábil, pues te dan para ir entrenándote, te dan para ir tratando con pacientes, para anestesiar con mucha mas seguridad, para ciertas cosas que a ti te pueden salir peor desde el principio o, yo que sé, que te cuesten muchísimo. Y eso con respecto a las privadas, hombre, pues la verdad es que es una gran ventaja. Porque ellos tienen un curso de prácticas, nosotros tenemos tres. Obviamente a nivel curricular, la Facultad de Odontología pública pesa, y además, yo no sé, pero las andaluzas tienen Sevilla y Granada tienen muy buena...

H: Muy buena fama.

M: Muy buena fama. Entonces por ese lado, eso yo creo que eso es de lo mejor. (G1)

Asimismo, salvo excepciones muy puntuales que veremos más adelante como es el caso de los alumnos de Fisioterapia, se puede afirmar que también valoran muy positivamente el sector de la sanidad pública, incluso aquellas carreras que carecen de posibilidades de lograr un empleo en dicho sector. Existe una preferencia generalizada por el hospital público como centro de trabajo. Su mención resulta relevante en este apartado por la influencia que tiene en los estudiantes en cuanto a la conformación de expectativas en su etapa universitaria y por ser un factor muy influyente en la evaluación de sus prácticas. Y es que, en general, son más valoradas aquellas que se pueden desarrollar en centros públicos. Los estudiantes de carreras sanitarias más orientadas a la práctica clínica poseen una alta vocación de servicio público, entendido éste como la posibilidad de trabajar para una organización -el SSPA- a la que le presuponen otros valores distintos a los del sector privado, al que se le acusa de anteponer las cuestiones económicas por encima del bienestar de sus pacientes:

M: No, yo creo que... por lo menos nuestra carrera tiene bastantes salidas, pero no es la salida a lo mejor que nosotros queremos. Me explico. Hay salida en plan “Natur House”, etc... De ese estilo, en que yo soy... sobre todo yo soy nutricionista, te hago tu dieta pero te vendo también tres batidos, cuatro chokolatinas y cinco... lo que a mi me parezca, cosas que sabemos claramente que no sirven para nada, que lo único que es para sacarte el dinero, incluso algunas veces para dañarte el hígado,

el estómago, etc... (E6)

H: Nosotros lo tenemos limitadísimo, nos metemos en una óptica y nos dicen que en quince minutos tenemos que hacer todas las exploraciones posibles.

M: Tienes que explorarlo, tienes que decir lo que tiene, tienes que poner el tratamiento y venderle la... Quince minutos, cuanto más rápido mejor porque así vendes más.

H: Y si les vendes el producto, unas lentillas, un progresivo de los más caros, es que te mandan un diploma a tu casa, una cesta de navidad...

M: Sí, el empleado del mes. (G2)

No obstante, conforme disminuye el grado de orientación clínica de una carrera aumentan las expectativas de introducirse en el mercado. Este hecho está más acentuado en las carreras de baja orientación clínica, donde probablemente el carecer de contacto con pacientes elimine esa necesidad especial que tienen otros estudiantes de aproximarse a los valores de auxilio y ayuda universal asociados con nuestro sistema de salud. Sin embargo, los estudiantes de carreras con orientación clínica alta y baja orientación pública pueden dar lugar a dos fenómenos diferentes. El primero, está producido como respuesta a la exclusión de la sanidad pública, al no existir una demanda formal de algunas de estas especialidades. Se opta entonces por la idealización de la clínica privada y en ensalzamiento de las virtudes del mercado. El segundo fenómeno es la idealización de la sanidad pública y el hospital debido a su inaccesibilidad y a la percepción de estabilidad y calidad que ofrecen sus empleos:

M: A mi me gustaría tener mi clínica.

M: A mi también, vaya. Además mi clínica especializada para lo que yo quiero hacer. Yo quiero dedicarme... Ahora mismo, mi idea es la Neuropediatría, entonces a mi en un futuro me gustaría tener mi clínica de Neuropediatría, pero vaya...

M: Yo me veo en mi clínica ya montada. Ya tengo yo mi clínica ya pensada y lo tengo todo hecho... (risas) (E4)

M: Yo me veo en la privada porque creo que es difícil entrar en la pública realmente.

M: Si, hombre, en la privada hay muchísimas más salidas, evidentemente.

M: En la pública hay muy pocas plazas. Hay oposiciones cada 5 años y en un hospital, a lo mejor hay 5 o 7 plazas.

M: Y tampoco están en unas situaciones óptimas ahora mismo de eso, de todos los problemas...

M: Pero por eso, porque no se valora... (E4)

5. PAPEL DE LAS PRÁCTICAS EN LA FORMACIÓN

Si hasta ahora hemos hablado de los aspectos generales que comparten estos alumnos en cuanto a la evaluación de su formación universitaria, a partir de ahora nos centraremos específicamente en el papel que ocupan las prácticas en las carreras sanitarias. Empero, antes del empezar el epígrafe conviene distinguir entre dos tipos de prácticas que se suelen entrelazar en el discurso de los estudiantes: por una parte los créditos prácticos que incluye una asignatura y por otra las prácticas clínicas tuteladas, que aquí debemos separar a fin de centrarnos en nuestro verdadero objeto de estudio (las segundas). Los créditos prácticos suelen complementar los créditos teóricos de las asignaturas, se realizan en las dependencias de la facultad durante el horario de clases y está caracterizadas por su carácter de

emulación: ensayos en laboratorios, prácticas con cadáveres o con reproducciones humanas, etc. Por el contrario, las prácticas clínicas tuteladas se caracterizan por constituir una asignatura en sí misma, se suelen llevar a cabo fuera del horario lectivo y tienen un carácter ejecutivo, es decir, el alumno se enfrenta a un trato con pacientes y situaciones reales, ya que se normalmente se realizan en centros de trabajo. A partir de aquí nos centraremos en este último modelo de prácticas, así como en las principales causas que influyen en una evaluación satisfactoria de las mismas.

5.1. ¿Dónde reside la importancia del aprendizaje práctico?

Como hemos visto en el capítulo anterior, la reivindicación de mayor contenido práctico -sobre todo en carreras de mayor orientación clínica- ocupa un lugar muy importante en el discurso de los alumnos acerca del aprendizaje de su oficio. Por tanto, se puede desprender fácilmente de este hecho la importancia que tienen las estancias en centros externos para los alumnos de carreras sanitarias. Sin embargo, merece la pena que nos detengamos en el por qué de esta centralidad en su aprendizaje. Estas han sido las principales razones que los estudiantes han argumentado dicho interés:

1) Les permiten probar, mediante la ejecución de lo que serán sus futuras labores profesionales, y aclarar la opción por la que decantarse cuando existe más de un itinerario en su carrera. La experiencia vivida en los centros de trabajo se considera una valiosa fuente de información para tomar futuras decisiones en cuanto a su camino profesional. Por ejemplo, en el caso de farmacia, a los alumnos que deseen -y que consigan plaza- se les permite que dividan sus prácticas entre la oficina de farmacia y el hospital para que puedan comparar ambas experiencias tan diferentes. En el caso de la diplomatura de nutrición se puede optar por su realización en el campo de la nutrición clínica o la comunitaria. De hecho, cuando no existe esta posibilidad la realización de las prácticas se vive con un cierto desasosiego, al haberse producido la decisión en cuanto al campo de especialización antes que la propia práctica. Este es el caso de la psicología en la que, según su plan de estudios, el practicum se realiza al final de su carrera. Antes de eso habrán tenido que optar por una de las cinco especialidades -muy diferentes entre sí- que ofrece la carrera:

H: El problema es que en nuestra facultad hay muchísimas ramas, entonces hacer unas prácticas, tú imagina, te ven el nivel y tal, y piensas una cosa, te vas dando cuenta de que la facultad no es lo que esperabas...

H: Y ahora haces un práctico en quinto y ahora no te gusta, y ahora dices, bueno ¿ahora qué hago? Tengo 5 horas para escoger, ¿ahora qué hago? Me arriesgo a una... (G1)

M: [Hice la modalidad de prácticas mixtas] por curiosidad simplemente, a mí por mi forma de ser mi curiosidad me guía a verlo todo (...) yo es que quiero verlo todo, y como quiero verlo todo y tengo curiosidad por todo, qué me va a gustar más, qué me va a gustar menos, por eso cogí la doble modalidad. (E5)

2) Se consigue mitigar la inseguridad que produce la salida al campo profesional y el trato con pacientes que conllevan las carreras de alta orientación clínica. La experiencia permite adquirir mayores habilidades clínicas (trato con los pacientes, historiar, diagnosticar, etc.):

M: Pues más que nada he aprendido a ver los síntomas de los diferentes pacientes y saber cómo tratarlos, porque yo tenía miedo de no saber cómo reaccionar con ellos. Y he aprendido a eso, y más que nada a ver los síntomas, los tipos de pacientes que puede haber, qué pacientes van a necesitar nutrición artificial, que aunque los habíamos estudiado en teoría es mejor verlos de cerca. (E6)

3) Les permiten tener un trato cercano con profesionales en los que se ven reflejados. Hasta ahora sólo habían tenido un conocimiento teórico acerca de en qué consistía la materia en la que iban a especializarse. Sin embargo, la mayoría no visto la puesta en práctica de los conocimientos acumulados por sus disciplinas de origen. Esto permite a los alumnos reparar en cuestiones que únicamente aparecen cuando nos trasladamos a la esfera laboral, con todas sus posibilidades y limitaciones. Gracias a las

prácticas pueden alcanzar una visión más integral de su profesión y del lugar que ocupa su tarea con respecto al resto de profesiones sanitarias. Por ejemplo, en el caso de los alumnos que realizaron prácticas en hospitales esto les permitió experimentar el trabajo en equipo, el contacto continuo con otros profesionales, etc. Hay que apuntar de todos modos que muchos de ellos dicen padecer una gran desilusión al comprobar que en su práctica se les integra dentro de cuerpos profesionales que consideran “inferiores” a su titulación. Es el caso de los farmacéuticos que realizan su estancia en hospitales:

H: Yo lo que cambiaría [de mis prácticas] es que estuvieras con el farmacéutico, que no te mandaran con un auxiliar, yo pienso que tú estás allí y vas a aspirar a su plaza, entonces deberías estar todo el día pegado a él. (E5)

4) El aprendizaje mediante actividades prácticas es percibido como más útil y más rápido. Esta percepción, de hecho, hace que sea considerado como “el verdadero aprendizaje”. Existe un predominio de aquellos alumnos que desprecian los conocimientos teóricos adquiridos durante la carrera por creerlos inservibles en su futuro ejercicio profesional, donde tendrán que empezar su aprendizaje desde cero. Esta posición es un tanto extrema, pero probablemente está propiciada por la inseguridad propia del final del periodo académico y el inicio del periodo laboral:

M: Nosotros estudiamos farmacia y tampoco tenemos mucha idea porque después vas a la farmacia y metes en el ordenador, te dicen, aprendes cuando estás allí, claro, no antes. Tú llegas y no sabes nada. (G1)

5.2. Equilibrio entre participación y tutelaje. Variables más influyentes en la evaluación de la formación práctica

En los discursos de los estudiantes fueron surgiendo todo un abanico de temas relacionados con las prácticas. Aspectos como el sistema de evaluación, la opción para elegir centro, la realización de las mismas en un centro público o privado, el número de horas dedicadas, etc. En el siguiente epígrafe pasaremos a comentar todas ellas detenidamente, pero antes de ello resulta necesario mencionar las dos dimensiones que más han condicionado el discurso de los alumnos y que parecen esconder el secreto para una práctica satisfactoria. A la luz de dichas dimensiones analizaremos las experiencias de los alumnos en centros sanitarios. Nuestra hipótesis es la siguiente: los dos aspectos más relevantes en una práctica desde el punto de vista del alumno son la posibilidad de participación en la misma y un tutelaje efectivo. Para alcanzar una valoración positiva de la estancia debe existir un equilibrio entre ambas. Más tarde comprobaremos como, en los casos en los que existe un discurso desfavorable hacia la práctica, fallaba alguno de estos dos aspectos concretos.

El primero de los términos, la participación ejecutiva, se refiere a la posibilidad de que el alumno tenga capacidad de actuación en su práctica, y que, por lo tanto, adquiera una responsabilidad para con la actividad que está desarrollando, más aún si se trata de una actividad clínica con pacientes reales. Con ello se consiguen altos niveles de implicación por parte del estudiante. El segundo concepto, el tutelaje, viene a ser la otra cara de la moneda. Es decir, el ejercicio efectivo de las responsabilidades docentes por parte del tutor. El alumno debe tener claro que lo que ocurre en la práctica exige de una responsabilidad compartida entre él y el tutor. Al margen de que la norma administrativa que lo exija, hace falta que el alumno perciba que, efectivamente, el tutor está al tanto de lo que él hace y le va a orientar en el desempeño de sus funciones. La expresión más obvia de este reclamo es la mera presencia física del tutor profesional durante la actividad del alumno, cuestión que no se cumple en muchos de los casos. Por otra parte, el hecho de que las mismas personas que incumplen sus labores docentes sean las encargadas de evaluar las prácticas es también motivo de insatisfacción por parte de los alumnos.

No obstante, se produce también el exceso de tutelaje, que vendría a provocar la inoperatividad del alumno durante la estancia. El alumno puede encontrarse en su formación práctica con un tutor excesivamente intervencionista, que no permite que aquel participe de las actividades cotidianas de su

futuro oficio. En esta situación no podrá aplicar por sí mismo su base de conocimientos, ni aprender de sus errores. En consecuencia, ambos extremos -por exceso y por defecto- conducen igualmente al descontento. Las dos dimensiones son pues complementarias: el desequilibrio del tutelaje provoca una falta de participación y viceversa.

6. EVALUACIÓN DE LAS PRÁCTICAS

Como ya hemos comentado más arriba, entre los dos modelos de aprendizaje universitario los estudiantes suelen preferir el modelo anglosajón: aquél que profundiza en el rol profesional del alumno, no solo el teórico, ya que incentiva las prácticas y la formación en centros de trabajo. Confluyen dos circunstancias que favorecen este hecho. En primer lugar, para los alumnos representa una novedad el hecho de poner en práctica sus conocimientos. Además, dicha tarea tiene connotaciones de emoción y diversión frente al tedio con el que se relaciona el aprendizaje teórico (quizá por estar asociado a un trabajo en solitario frente al trabajo en equipo de los centros profesionales). En segundo lugar, el propio sistema educativo ha decidido apostar por este modelo de formación y por lo tanto lo legitima y promueve institucionalmente. Esto hace que el discurso de ambos confluya sin tensiones aparentes. Pero veamos qué piensan los estudiantes detrás su paso por los centros de trabajo.

6.1. Evaluación de las prácticas de Medicina

Antes de pasar a evaluar la actividad de los alumnos en los hospitales conviene aclarar qué es lo que los alumnos entienden por prácticas y qué clasificación hacen de las mismas (ver esquema de la figura 11).

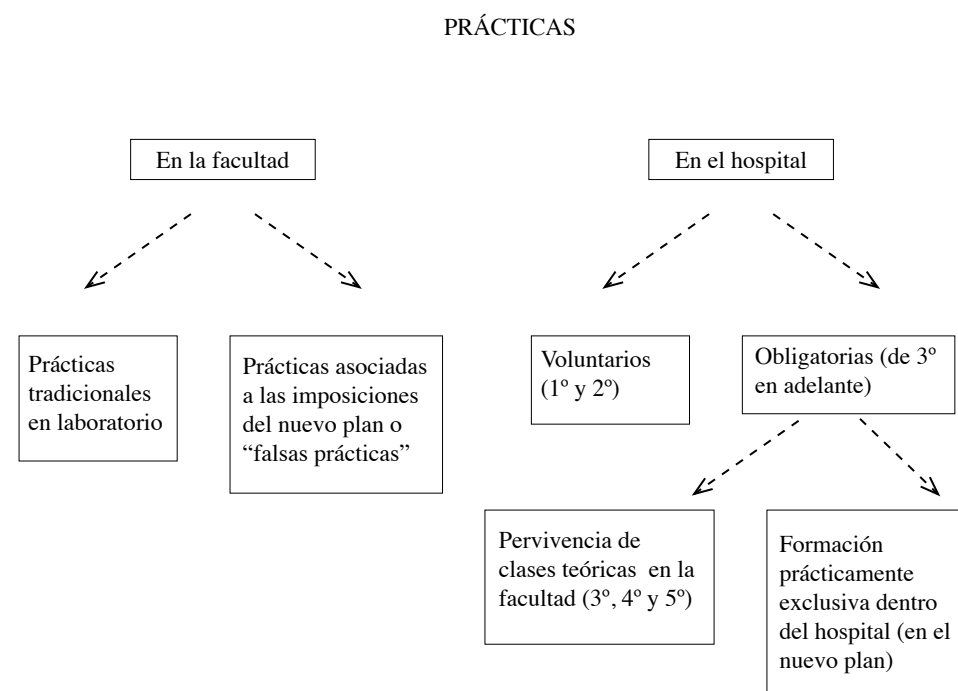


Figura 11: Esquema de las prácticas impartidas en la carrera de medicina.

Como ya se ha señalado, para los alumnos las prácticas constituyen “el verdadero aprendizaje”, la oportunidad para poner a prueba los conocimientos adquiridos hasta entonces y aprender aquello que la carrera no enseña en las aulas. Esto puede resultar un tanto chocante, sobre todo en alumnos de medicina, ya que toda su carrera está conformada por un determinado número de créditos teóricos y otros tantos créditos prácticos. Sin embargo, pese a que los alumnos conocen este hecho, clasifican en categorías totalmente diferentes las prácticas que realizan dentro de la universidad y las que realizan fuera, siendo más valoradas las segundas que las primeras por permitirles enfrentarse a situaciones reales de su futura carrera profesional.

Con todo, la instauración del EEES ha supuesto el aumento en todos los planes de estudio del número de créditos prácticos realizados dentro de la facultad, ya que la mayoría de asignaturas teóricas se han visto reforzadas con créditos prácticos. De modo que a estos créditos prácticos que tradicionalmente se habían llevado a cabo en los laboratorios de las universidades (con cadáveres o partes del cuerpo humano figuradas) se les añade un nuevo y peculiar subtipo que engloba los recién aparecidos créditos a los que cada profesor da un contenido diferente, pero que tienen en común la queja generalizada por parte de los alumnos, que les asignan el carácter de “falsas prácticas”:

H: Necesitamos más prácticas de las que tenemos ahora, y de mejor calidad, porque las que tenemos no... Te ponen delante del ordenador con un programa súper antiguo, porque todos los programas que tenemos en los ordenadores son súper antiguos, y la mayoría de las veces te dedicas sólo a que pase el rato y a que termine la práctica para irte a tu casa. (G6)

El carácter novedoso de este nuevo espacio para las prácticas dentro de los planes de estudio ha dado lugar a cierta heterodoxia a la hora de impartirlos, de manera que en algunos casos se traducen en simposia, trabajos para casa, presentaciones en powerpoint, etc. Sin embargo, los alumnos se sienten decepcionados con estas actividades que estiman de insuficiente contenido práctico y de escaso valor pedagógico. Si a esto le sumamos que los ejercicios en el laboratorio -pese a estar mejor valorados- suelen ser objeto de crítica por su bajo nivel de realismo y por el escaso material de que disponen, tendremos como resultado que la modalidad de prácticas realizadas dentro de la facultad es muy poco valorada por los alumnos de medicina.

Por otra parte, con la incorporación de las asignaturas al Plan Bolonia éstas han tenido que aumentar la carga de horas lectivas prácticas en los planes de estudio, de tal manera que deberían constituir otra fuente importante de aprendizaje práctico para los alumnos. También estos créditos son calificados como falsas prácticas por parte de los alumnos, pues afirman que muchos de los profesores convierten esas prácticas en entrega de trabajos por parte del alumnado o seminarios a los que acuden profesores.

Finalmente estarían las “verdaderas” prácticas, las que se realizan en los centros hospitalarios y en las que los jóvenes depositan todas sus expectativas de aprendizaje. Éstas a su vez se subdividen en voluntarias -ofrecidas hasta el segundo curso-, que se citan de manera residual pero que cobran importancia por su carácter introductorio en el mundo profesional, y obligatorias, de tercero en adelante.

Dos planos de evaluación de las prácticas

Habiendo dejado clara su posición dentro de la clasificación de las prácticas de la carrera de medicina, podemos comenzar con la evaluación que de ellas hacen los alumnos. En primer lugar habría que señalar que cuando se remiten en sus discursos al universo de este tipo de prácticas siempre lo hacen en dos planos: uno que podríamos llamar abstracto o ideal y otro concreto. El primer plano constituye un acercamiento teórico e ideal respecto a las prácticas (es decir, se sitúa en el “deber ser”), mientras que el segundo se sitúa en el “ser”, en lo que sucede en las prácticas al margen de su definición previa. La evaluación que los estudiantes de medicina realizan de sus prácticas está condicionado en buena medida por la tensión resultante entre las expectativas previas y el resultado final del periodo. Esto es, entre la concepción ideal y la concreta de la formación práctica.

Para remitirnos al primer plano enlazaremos con la explicación realizada en la introducción en tor-

no al universo simbólico de los alumnos respecto a esta cuestión. Recordemos que hablábamos del desequilibrio que existe entre dos modelos, uno más teórico y otro más práctico, y que los estudiantes se posicionan claramente dentro del segundo, pues una de sus mayores preocupaciones es la de saber desenvolverse profesionalmente cuando tengan que enfrentarse con el paciente. Además muestran una fuerte influencia de la profesionalización en su aprendizaje. Todo ello está legitimado por un sistema de salud y un sistema educativo que apuestan también por este nuevo modelo. Pero, como ya anunciábamos, los problemas se producen cuando los agentes encargados de poner en práctica dicho plan -hospitales y universidades- entran en escena. Es decir, la definición teórica del concepto de prácticas choca con la realidad cotidiana de los hospitales y encuentra ciertas resistencias por parte de las universidades, donde aun la cultura académica tradicional, aunque se comiencen a percibir signos de cambio propios de una etapa de inestabilidad y transición.

Las prácticas voluntarias

Las prácticas hospitalarias de carácter obligatorio de los alumnos de medicina comienzan en el tercer curso. Hasta ese momento, como ya hemos dicho, únicamente pueden optar a realizar prácticas voluntarias durante el verano, con la posibilidad de convalidarlas posteriormente como créditos de libre elección. En todo caso, aunque la postura en relación a las prácticas obligatorias es bastante homogénea en los grupos, no ocurría lo mismo cuando se hablaba de las prácticas voluntarias. Aparecieron contradicciones entre un discurso muy positivo acerca de las mismas, a pesar de que muchos de los que así opinaban no se animaban finalmente a realizarlas, o al menos no a través de la vía institucional.

Las razones que los participantes argüían para no realizar las prácticas voluntarias hacían referencia a problemas de tipo operativo o práctico más que a una posición contraria al sistema en sí. Para empezar, se lamentaban de que la fuerte carga teórica de la carrera les ocupase demasiado tiempo como para realizarlas. Además, el ser convocadas durante los meses de verano, periodo que suele coincidir con las vacaciones y la marcha de muchos estudiantes fuera de la ciudad, desalentaba a la mayor parte de los alumnos. Por otro lado muchos estudiantes criticaron que la información sobre posibles plazas no suele divulgarse demasiado, insinuando incluso que, de este modo, se aseguraba que el número limitado y escaso de plazas fuesen a parar a determinados alumnos con los contactos apropiados, por ejemplo quienes tuviesen familiares trabajando como médicos en el SSPA. Efectivamente, aquellos estudiantes de medicina que son más proclives a la realización de prácticas voluntarias las suelen conseguir a través de redes sociales (familia, amigos de ésta, etc...) pese a no tener valor académico, ni existir posibilidad de convalidarlas por créditos de libre elección. Sin embargo esto les permite mayor flexibilidad en el periodo de realización -que ya no tiene por qué ser en los meses de verano- y en el horario de dedicación.

Al margen de ello, los alumnos resaltan muy positivamente el hecho de que sean los mismos médicos los que solicitan a los alumnos, en contraposición con el sistema de prácticas obligatorias donde a los médicos se les impone -al estar asociado a su cargo en un hospital universitario- las funciones de tutoría de una serie de alumnos al año. De hecho, este parece ser uno de los mayores escollos con el que choca la visión ideal de las prácticas obligatorias cuando entran en el mundo hospitalario. En este punto coinciden una vez más con los MIR, como comprobamos en la primera parte del estudio.

Las prácticas obligatorias

Adentrémonos ahora en la descripción del funcionamiento de las prácticas obligatorias, para así poder encuadrar mejor las visiones de los alumnos asistentes a los grupos. Básicamente, el sistema de prácticas hospitalarias consiste en la realización de un número de horas lectivas en un determinado servicio del hospital, quedando adscrito a un tutor que trabaje en dicho servicio mientras duran el periodo. Normalmente se rota entre diferentes servicios a lo largo del año, como los residentes. Asimismo, es usual que las prácticas vayan acompañadas de un número de horas teóricas de la asignatura, impartidas en el mismo hospital o en la facultad. A medida que se van superando los cursos la carga de horas prácticas aumenta en detrimento de las teóricas, de tal manera que en sexto los alumnos acuden únicamente

al hospital y abandonan la facultad como lugar de formación.

Los alumnos suelen pasar por un ciclo en su valoración de estas prácticas. En un primer momento los alumnos tienen altas expectativas puestas en la modalidad de prácticas obligatorias, aunque en su imaginario ya están presentes las críticas que han oído a los alumnos más mayores. Ya hemos comentado que las prácticas hospitalarias tienen un alto valor en el imaginario de los alumnos de medicina. Ese valor proviene de tres aspectos fundamentales: su valor formativo, pues se considera que es en la actividad práctica donde se produce la mayor adquisición de conocimientos y la puesta a prueba de los ya adquiridos en las aulas; el valor de realidad que alcanzan las prácticas en centros hospitalarios frente a las prácticas en el laboratorio basadas en la simulación; y por último las prácticas actúan como un rito iniciático en un mundo profesional caracterizado por gozar de un estatus muy alto dentro de la sociedad.

Sin embargo, esta percepción inicial se encuentra mediatizada (especialmente a partir del segundo curso) por la información que reciben de alumnos mayores, quienes comentan con ellos sus experiencias concretas en las prácticas clínicas. Así las quejas de los primeros llegan a oídos de los segundos, comenzando a generar ciertas contradicciones entre la visión idílica de los más jóvenes y la información que reciben sobre las experiencias de quienes ya las han realizado. Probablemente también influya el hecho de que la información recibida no está exenta, a su vez, de sus propias contradicciones, ya que los alumnos que han pasado por las prácticas, a pesar de sostener un discurso crítico en torno a su funcionamiento, siguen manteniendo una alta valoración de las mismas, sin duda de modo similar a como los internos de mayor edad valoran el conjunto de la formación residencial. Sea como fuere, los alumnos comienzan sus prácticas en tercer curso con un marco interpretativo en el que tiene aún más peso la visión ideal de las prácticas que la información empírica recibida a través de otros que ya han pasado por ellas.

Cuando los estudiantes comienzan a tener un contacto real con el hospital comprueban que las condiciones en las que se imparten las prácticas no satisfacen sus expectativas. Las razones que explican este cambio de opinión son varias, pero podemos resumirlas en una de las quejas más comunes: la arbitrariedad del proceso, desde su comienzo hasta su final. Veamos cuáles son exactamente las circunstancias que inducen esta percepción.

Los alumnos dan por hecho que la calidad de sus prácticas dependerá, en buena medida, del tutor responsable de su formación, es decir, dependerá de la suerte, de factores que escapan a su control, que no siguen ningún tipo de lógica y que conducen a un sentimiento de frustración e impotencia en el alumno. Esto es producido por su percepción de la inexistencia de un programa específico de prácticas (con objetivos, procedimientos, etc...), o al menos por la falta de control de su cumplimiento. El resultado es similar en ambos casos: el alumno no tiene una programación a la que atenerse y, por tanto, no sabe qué se espera de él a la hora de realizar las prácticas ni qué esperar o exigir a su responsable. Los procedimientos no están objetivados o se desconocen, y por lo tanto la inseguridad del alumno se acrecienta, así como la percepción de que la falta de regulación equivale a un desinterés por parte del sistema acerca de la formación en prácticas.

Al mismo tiempo los alumnos muestran cierta comprensión, pues la arbitrariedad reinante en su formación práctica se suele atribuir a la doble funcionalidad de los hospitales universitarios: por una parte tienen que prestar un servicio al paciente como institución de salud pública, y por otra tienen que atender a la demanda formativa de los alumnos. Pero a la hora de la verdad, lo que decanta la balanza es el cumplimiento de la función asistencial, que todos entienden como prioritaria, tanto los tutores como los alumnos. No obstante, muchos de los estudiantes critican el hecho de que, partiendo de esta situación, los tutores hagan dejación de sus obligaciones docentes, excusándose siempre en la exigencia de cumplir sus labores profesionales. Debido a esta situación, los estudiantes relatan cómo sus prácticas finalmente suelen quedar en manos de los residentes, bien por dejación o por sobrecarga de trabajo del tutor. Con lo que la sensación de devaluación se acentúa, ya que, como se recordará, parte del valor de las prácticas viene dado por la posibilidad de trato con dos elementos fundamentales de su posterior actividad profesional: los otros médicos y los pacientes. De esta manera, los compañeros residentes son de gran ayuda en la formación de los estudiantes, aunque soportando una carga que los alumnos

consideran excesiva. Una problemática que ya salió a relucir en la primera parte del estudio.

Otro tanto puede decirse del sistema de evaluación. Su valoración del mismo guarda relación con el anterior, ya que tampoco están objetivadas las normas de evaluación de las prácticas o al menos ellos así lo manifiestan. Esto hace que se acreciente la sensación de aleatoriedad y devaluación por parte de la propia institución, ya que desconocen por completo por qué procedimientos o actitudes se les está evaluando. Lo único que parecen tener claro es que la evaluación resultante de la práctica no va a influir demasiado en su nota teórica y que, pese a que formalmente se trata de mantener bajo control la asistencia mediante un sistema de firmas, en la práctica es sencillo saltarse este mecanismo. La conclusión de los alumnos respecto del funcionamiento institucional es que lo verdaderamente importante en la realidad es el aspecto teórico, lo cual vendría a contradecir en buena medida la filosofía de la nueva cultura sanitaria y del nuevo modelo educativo europeo que analizábamos al principio y al que en principio se adscriben más fácilmente los alumnos. Dentro de este contexto el desconocimiento del sistema de evaluación por competencias era generalizado.

Los estudiantes de medicina perciben, en fin, que la formación práctica adolece de una desorganización general. Desorganización que además se expresa en los aspectos temporales de las prácticas. En primer lugar, en el número y el tiempo dedicado a las rotaciones. Muchos de ellos expresan su descontento por no haber pasado por los mismos servicios que otros compañeros, o por que no se controlara el tiempo que debía estar en el mismo. Por otro lado, existe en muchos casos un desacompasamiento entre la clase teórica y su complementaria práctica en el hospital, de tal manera que se practica antes de haber dado la teoría o viceversa, lo que dificulta mucho relacionar el contenido de ambas clases al estar tan distantes en el tiempo. Finalmente, los alumnos señalan el poco aprovechamiento del tiempo de prácticas debido precisamente a esta mala organización y, en algunos casos, a la dejadez del médico responsable, quien en ocasiones no atiende a los estudiantes a su hora. De todas maneras es frecuente que el diseño del horario de clases teóricas y prácticas incompatible el aprovechamiento del tiempo en el centro sanitario, pues para llegar de nuevo a la facultad deben salir del mismo antes de que se termine su tiempo de prácticas. Muchos de los alumnos propusieron como solución a este problema una fórmula parecida a la de los enfermeros, en la que el periodo de prácticas y el de teoría no coexisten en el mismo momento, evitando así estos problemas de incompatibilidad horaria.

En definitiva, si recuperamos nuestro esquema de partida (visión ideal o abstracta frente a visión concreta o empírica de las prácticas, modelo tradicional frente a nueva cultura sanitaria), podremos reconstruir el ciclo de la percepción que los estudiantes de medicina tienen de su formación práctica. La situación de partida se asienta sobre visiones ideales de las prácticas. El conocimiento y la definición que se hace de ellas es puramente teórico, aunque sabemos que también entra en juego la información proporcionada por los alumnos mayores y experimentados en estos temas. Aun así la visión ideal prima por encima de las demás. Como ya hemos visto, las expectativas de los estudiantes respecto a las prácticas son muy altas con y su valoración acerca del sistema es bastante positiva. Ya veíamos que a esto contribuye el hecho de que hayan confluído en una misma filosofía el sistema educativo y la nueva cultura del SSPA. Por otra parte, el paso al ambiente profesional resulta muy ilusionante para el alumno, por lo que tiene de rito iniciático en el mundo laboral, además de por el hecho de alcanzar el tan preciado trato con el paciente, recurso de formación que inevitablemente no puede proceder del mundo académico sino del profesional. Se ponen al frente de situaciones reales, de lo que será su cotidianidad profesional futura y ponen a prueba lo aprendido hasta entonces en la facultad.

En definitiva, la percepción que tiene el alumno antes de comenzar las prácticas es altamente positiva, visión que siente respaldada institucionalmente. El conflicto se desencadena cuando está visión ideal o abstracta se contrasta con la práctica real en el hospital, donde aún la cultura sanitaria que hemos llamado tradicional es la imperante, produciendo choques y tensiones cuando se introduce en ella a individuos que comienzan a adoptar la nueva cultura sanitaria: desorganización, aleatoriedad, falta de mecanismos serios de evaluación... De esta manera, se produce una frustración de sus expectativas previas y la percepción de que el propio SSPA devalúa desde dentro las prácticas que oferta. Un ciclo de frustración que nos es familiar, pues se asemeja mucho al que experimentan los residentes, como se vio en la primera parte del texto:

H: En cuanto a practicas, por regla general, suelen atenderte. Mis compañeros cuentan que a veces les han tratado mal, que no les explican mucho, que les firman y los largan... Mi experiencia en general ha sido buena, creo que muchas veces me han impulsado y motivado a seguir adelante. La mayoría de las veces son practicas "flexibles", es decir, que si te interesa te quedas y si no, te largan a estudiar, aunque es una pena que lo hagas, pero a veces los exámenes presionan demasiado... (G6)

6.2. Evaluación de las prácticas de Enfermería

Desconexión teoría/práctica

Una de las preocupaciones de fondo de los estudiantes de enfermería reside en la desconexión entre teoría y práctica. En el estudiante deberían confluir dos grandes mundos: el profesional (práctica) y el universitario (teoría), pero como comprobamos en el punto 3.2., los estudiantes de enfermería tienden a decantarse por la preponderancia de uno de los dos polos en la definición de la profesión: lo que respectivamente hemos definido como visión asistencial y visión prescriptiva de la enfermería. El posicionamiento de cada estudiante en una u otra macrovisión influye enormemente en su percepción de la formación práctica.

La falta de aplicación en el hospital de lo aprendido en la universidad produce mayor frustración en aquellos que sostienen que la teoría es el eje de la profesión, ya que son éstos los que ponen más interés en la misma. Mientras tanto, quienes colocan como eje central de su aprendizaje el componente práctico y la acción sostienen esta misma queja, pero el nivel de frustración es menor, ya que el que esto suceda es coherente con su macrovisión de la enfermería. Dado que la enfermería sería un saber eminentemente empírico y artesanal, es normal que cada enfermero mantenga una pauta distinta en torno a las acciones llevadas a cabo a lo largo del día.

Otro de los espacios en los que se pone de manifiesto la falta de concordancia entre teoría y práctica es el de las prácticas realizadas dentro del aula. Al igual que las prácticas en centros sanitarios, se trata también de un lugar simbólicamente fronterizo, por reunir elementos de dos esferas diferenciadas. Por un lado la actividad se desarrolla dentro del aula (esfera teórica), pero su realización se encuentra relacionada con labores manuales y habilidades profesionales (esfera práctica). Es precisamente en estos territorios de confluencia donde se acumulan el mayor número de críticas al sistema formativo. Este tipo de prácticas, por ejemplo, son asumidas como "falsas prácticas", ya que tanto desde uno como otro paradigma las quejas provienen de la poca o nula actualidad de técnicas y material empleados en dichas prácticas o del encubrimiento de créditos correspondientes a prácticas con más horas de teoría. En este sentido los estudiantes de enfermería coinciden plenamente con los de medicina.

Relaciones institucionales y relaciones sociales

La causa de esta desconexión que los estudiantes denuncian entre el rol profesional y el rol de estudiante, o lo que es lo mismo entre teoría y práctica, probablemente resida en la falta de vínculos entre los tutores y los enfermeros profesionales. Si en el estudiante de enfermería no confluyen los dos roles es por la falta de fluidez en la relación entre las dos figuras responsables de su formación: los tutores (rol académico) y los enfermeros profesionales (rol profesional). Para explicar el tipo de relación que como estudiantes mantienen con enfermeros y tutores, los participantes se mueven continuamente dentro del eje simbólico de lo social (lo informal) y lo institucional (lo reglado). La mayor parte de los problemas señalados acerca de las prácticas provienen de la inexistencia de relaciones institucionales entre los sujetos involucrados en las mismas, así como de mecanismos objetivados de evaluación. Ante esta situación hacen su aparición las relaciones sociales no institucionalizadas, informales, como canales de comunicación que vienen a paliar la falta de mecanismos oficiales, generando a su vez otro tipo de problemas que derivan de la subjetividad, y en ocasiones arbitrariedad, inherente a las mismas.

La primacía de las relaciones sociales por encima de las institucionales es señalado como un problema por la mayoría de los enfermeros, mas de nuevo el alineamiento en las dos visiones sobre la

profesión (la asistencial y la prescriptiva) matizan el tono general de las posturas. Aunque todos los estudiantes entrevistados señalaron que la primacía de relaciones sociales sobre las institucionales como el principal problema de las prácticas, aquellos situados en la lógica del pensar suelen ser más duros que los que se identifican en la lógica del hacer. Para aquellos que tratan de convertir la enfermería en una disciplina científica y, por tanto, en un conocimiento objetivable el choque es, entonces, mayor. En coherencia con su visión general de la profesión, rechazan la subjetividad propia de las relaciones sociales informales, pues consideran que deviene en conocimientos con un bajo nivel de justificación teórica, que se adquieren por los mismos mecanismos que un saber artesanal, impropio de una disciplina científica, que es su principal aspiración.

Las tomas de posición en torno a este tema también se encuentran influidas por el curso del alumno. El posicionamiento crítico ante la falta de organización de las prácticas se va acentuando a medida que aumenta el curso académico en el que se encuentran los estudiantes. Al comienzo de la carrera existe un menor conocimiento institucional y por tanto la exigencia es menor. Se percibe el desequilibrio que supone la falta de regulación y la inexistencia de tareas concretas asignadas tanto a ellos como al tutor, pero se acepta más esta condición que los estudiantes de último curso. Las críticas de los alumnos más jóvenes son más difusas y cuando aparecen están centradas sobre todo en la figura del tutor o profesor asociado, mientras que en los más mayores el tono crítico se vuelve más rotundo y no sólo va dirigido contra enfermeros y tutores, sino también contra los propios profesores de la universidad. Veamos con más detenimiento en qué consisten estas críticas en cada caso.

En los primeros cursos se menciona de manera clara el descontento con los tutores, de los cuales se desconocen sus funciones. En ningún caso orientan o hacen un seguimiento real, sino que se dedican a presentarles al equipo de médicos con el que van a trabajar para después desaparecer. Reclaman pues la existencia de una verdadera figura de referencia dentro del hospital que actúe como nexo de unión entre universidad y centro sanitario, mientras que los enfermeros con los que trabajan son diferentes por rotar en función de los turnos. A la carencia de figuras de referencia hemos de sumar la percepción de que las prácticas están completamente desregularizadas, dependen por entero de las relaciones que el alumno establezca, lo que provoca que la sensación de desamparo e inseguridad se acentúe, sobre todo en los más jóvenes. No obstante, como ya se ha indicado, el discurso de los alumnos de los primeros cursos hacia el papel de los enfermeros es mucho más tolerante y comprensivo que el de los estudiantes de último curso. Entienden que su función no es la de enseñar (no se les paga por ello, sin embargo al tutor sí) sino que desempeñan su trabajo con la dificultad añadida de realizar tareas de formación. El aprendizaje en las prácticas depende entonces de la implicación personal del estudiante: si sabe aprovecharlas, aprenderá. De lo contrario las prácticas no le servirán de nada. Una situación que, una vez más, tienen en común con los internos residentes.

En cambio, el discurso de los alumnos en último curso se vuelve más crítico con el contexto y menos autocrítico consigo mismos. Si bien hay que señalar que aún tratándose de este grupo, los estudiantes alineados en la visión asistencial de la enfermería eran mucho menos duros. Al mantener la percepción del oficio como un saber heterodoxo (cada enfermero lo hace a su manera) no homogeneizable, la expectativa de regularización de las prácticas es menor. No obstante, se percibe que en el último curso han estado más expuestos a discursos más profesionalizados por parte de los enfermeros con los que han trabajado. Lo cual les sirve para reforzar su crítica, no solo al papel del tutor como hacían los alumnos de segundo curso, sino también al del enfermero que incumple sus funciones docentes, ya sea por sus condiciones laborales (que le impiden dedicar tiempo a la docencia), o por que no es un autentico enfermero vocacional. En este punto de su carrera se mezcla la crítica universitaria y la crítica laboral, lo que hace que sus reivindicaciones alcancen también a los profesores de la universidad que han participado en la parte teórica de su formación.

En resumen, el discurso de los enfermeros con respecto a su formación práctica tiene como eje el descontento ante la falta de adecuación de los dos mundos que éstas pretenden vincular: el universitario y el profesional. Esto se traduce en una desconexión entre el ámbito de la teoría y el ámbito de la práctica, que tiende a remarcar más aún la escisión entre las dos macrovisiones sobre la profesión: la asistencial y la prescriptiva. La causa de esta desconexión apunta hacia el tipo y calidad de las relacio-

nes establecidas entre los enfermeros, los tutores y los estudiantes. Las relaciones sociales informales presentan una clara hegemonía frente a las institucionales, lo que genera entre los estudiantes una sensación de aleatoriedad provocada por el carácter fundamentalmente subjetivo de las primeras. En cuanto a la calidad de las relaciones mantenidas, las críticas de los estudiantes radican en la inexistencia de vías de comunicación entre los tutores y los enfermeros, así como entre los tutores y los estudiantes, debido a la dejación de las funciones docentes por parte de aquellos. Por otro lado, la rotación de enfermeros interrumpe continuamente el trato entre ellos y los estudiantes, haciendo imposible que los profesionales ocupen el lugar de referencia de la formación práctica que los tutores suelen abandonar. La falta de procedimientos objetivos que expliciten el contenido y metodología de las prácticas en centros sanitarios dificulta, por último, la posibilidad de que se consolide el rol profesional entre los estudiantes de esta titulación.

Sistema de evaluación

Esta situación tiene consecuencias también en el ámbito de la evaluación. La inexistencia de mecanismos institucionalizados para llevarla a cabo, junto con el corte de los canales de información entre enfermeros, estudiantes y tutores, tienen como resultado una evaluación que se considera injusta y aleatoria. La valoración final de los resultados de las prácticas proviene de los enfermeros y los tutores, entre los que la comunicación suele ser, como ya hemos visto, bastante deficiente. Por lo tanto, los criterios no están homogeneizados, ya que provienen de fuentes distintas, sin apenas relación entre ellas. Por otra parte, la falta de relaciones institucionales hace que la evaluación quede a merced de actitudes subjetivas y valoraciones personales.

En cuanto al sistema de evaluación por competencias que el SSPA está introduciendo, el conocimiento del mismo es desigual. Los estudiantes de enfermería de último año tenían habían escuchado hablar de las competencias, de hecho el tema salió de manera espontánea en su discurso, sin que tuviésemos que preguntarles. Por el contrario, el grupo de enfermeros de segundo curso no habló del tema y, cuando al final, fueron preguntados, demostraron tener un conocimiento muy vago del sistema de competencias. No podemos afirmar de todos modos que se trate únicamente de una cuestión generacional, ya que puede deberse también a las peculiaridades de cada universidad, en el grado y momento de implantación de este sistema.

Los alumnos del grupo 8, de último curso y procedentes de la Universidad de Córdoba, debatieron sobre el sistema de competencias en medio de un discurso bastante crítico con la evaluación de las prácticas. Pese a que son conscientes de la existencia de que existe un instrumento supuestamente objetivo (“el librito”) para realizar dicha evaluación, son muy pocos los que creen en su utilidad. No tanto por el mecanismo en sí mismo, sino porque lo consideran inaplicable. Las condiciones en las que se desarrollan sus prácticas hacen que, según los asistentes al grupo, este mecanismo de evaluación pierda todo su sentido, pues quienes han de “rellenar las casillas de las competencias” (es decir, evaluarles) son los mismos profesionales que no han estado a su lado día a día: los turnos rotativos de los enfermeros profesionales hacen imposible el conocimiento en profundidad de cada alumno, mientras que el tutor asociado prácticamente no está presente en el centro sanitario. La cadena de información que debería ir del enfermero al tutor, para que éste finalmente calificara al alumno es inexistente, lo que devalúa a ojos del estudiante el sistema de evaluación. El listado de competencias como esquema general no se discute, cumple con los requisitos de objetividad y externalidad a los que aspiran los alumnos. Sin embargo, los encargados de evaluarles, los tutores, carecen, a juicio de los estudiantes, de un tercer requisito: capacidad de juicio, por no haber estado presentes en sus prácticas, lo que les privaría de base sobre la que puntuar al alumno. Es esta situación la que frustra a los alumnos, por las desigualdades a las que da lugar. Al no existir una relación más institucionalizada y homogeneizada entre alumnos, enfermeros y tutores se depende de la actitud del formador, que en última instancia es el elemento más decisivo de la evaluación, con la arbitrariedad que ello puede llegar a suponer. Esto contribuye a generar un sentimiento de injusticia y desigualdad, de dependencia del simple azar y no del propio esfuerzo. El “librito” como método evaluativo basado en el sistema de competencias se ve así seriamente devaluado entre los estudiantes.

Otra de las críticas que los estudiantes de último curso realizan al sistema de competencias es su falta de realismo, considerando que algunas de las competencias evaluadas son muy difícilmente evaluables, poco mensurables.

En cualquier caso, los estudiantes tienen una idea bastante exacta del esquema de competencias y lo han asumido como método. Diferencian perfectamente entre conocimientos, habilidades y actitudes, lo cual no impide que perciban un desequilibrio en cuanto al peso que tiene cada una en la formación práctica. Las habilidades técnicas tienen, como cabía esperar, un peso más importante, lo que es bien aceptado por los alumnos. Sin embargo, perciben cierta sobredimensión de las mismas. Esta crítica se acentúa en los alumnos partidarios de la visión prescriptiva y renovadora de la enfermería, lo que resulta contradictorio con su reclamo de mayor contenido teórico en su formación. Si dicha teoría, que ellos consideran escasa, es además inaplicable en las prácticas por la heterodoxia de métodos que presentan los enfermeros a la hora de realizar sus tareas, las críticas se vuelven más duras. De todas formas, también los alumnos alineados en la visión asistencial de la enfermería manifestaron críticas similares al modelo de evaluación por competencias, ahondando en la desconexión entre teoría y práctica que parece caracterizar la formación práctica de estos alumnos.

En cuanto a las actitudes parece que, en última instancia, los items que se valoran más se centran en aspectos relacionados con cuestiones de forma (la imagen física y atuendo del enfermero) en detrimento de las cuestiones de fondo (relación médico/paciente, capacidad para el trabajo en equipo, etc.) a las que los estudiantes atribuyen mayor importancia. Esta fue otra de sus grandes críticas al sistema.

Los alumnos de segundo curso, como ya hemos mencionado, presentan un total desconocimiento de la expresión formal “evaluación por competencias”. Sin embargo llama la atención cómo su discurso sobre los contenidos de las prácticas se corresponde con la estructura de la división por competencias. De esta manera, sin referirse explícitamente a “habilidades”, “conocimientos” y “actitudes”, el contenido implícito de su discurso sigue este mismo esquema, por lo que es probable que la adopción de este método (que aún no se ha introducido en la Universidad de Sevilla, de la que proceden) no presente mayores dificultades, ya que se trataría de hacer formal y explícita una estructura que ya aparece en sus discursos de manera informal e implícita.

Ahora bien, las diferencias entre alumnos de segundo y de tercero no residen meramente en el nombre dado a los elementos de las prácticas, sino que también afectan al orden de prioridad que ocupan dichos elementos. Los alumnos de último curso dan más valor al conocimiento (visión prescriptiva de la enfermería) y las habilidades técnicas (visión asistencial) que a las actitudes. Los asistentes al grupo 7 (de segundo curso) conceden más importancia a las actitudes, seguidas de las habilidades y, en último lugar los conocimientos. Esto puede ser debido a las características particulares que marcan uno y otro año de prácticas. Mientras que las primeras prácticas se centran más en la mera observación, así como en tareas sumamente sencillas, siendo su principal objetivo la familiarización del alumno con el paciente, en el último año las tareas a realizar se complejizan, y por ello la posición que ocupan las habilidades para resolver dichas tareas y los conocimientos en los que apoyar su puesta en práctica cobran una importancia vital. Además, en ese momento los enfermeros en prácticas alineados en la posición prescriptiva comienzan a poner en práctica sus conocimientos teóricos, lo que incluso les mueve a rebatir lo que consideran actuaciones erróneas de los enfermeros profesionales.

Aspectos de contenido

Pasando del orden formal al orden de contenidos, nos encontramos con una valoración generalmente muy positiva de las prácticas. Podemos establecer no obstante tendencias de grado en función del curso, el género y la visión acerca de la profesión de los estudiantes. Las prácticas son concebidas por todos los asistentes como un instrumento de gran utilidad en su formación. Todos ellos comparten el carácter necesario de las mismas, pero las primeras críticas aparecen a la hora de valorar el contenido formativo de algunas prácticas. De nuevo los alumnos de último curso, con una visión renovadora y exigente de la enfermería, son los que mantienen posiciones más críticas. Aparece aquí un discurso claramente profesionalizado y con reminiscencias de las reivindicaciones obreras de la sociedad industrial, que les sirve

para simbolizar de manera efectiva el paso del aprendizaje al trabajo. Tienen muy claro que su tarea en el centro sanitario es la de aprender practicando, por lo tanto, cuando creen que su tarea se convierte en rutinaria, emerge su posición como estudiantes para reivindicar su derecho a la formación y a pasar al aprendizaje de una nueva tarea una vez dominan la presente. Cuando la queja es la contraria, que no les dejan participar sino sólo observar, emerge la posición profesional y la justificación de su saber en la teoría aprendida en los años anteriores como garante de su profesionalidad. Un juego de roles que nos indica que estos estudiantes se encuentran en un momento de transición en su identidad.

Este discurso se muestra más intensamente en los estudiantes de último año, entre otras razones porque cada vez pasan más tiempo en centros de trabajo (hospitales y centros de salud), por tanto se empapan de reclamaciones laborales que van más allá de lo puramente académico y universitario. Insistimos en que la suya es una situación muy ambigua, en la que permanentemente su discurso se desplaza de un campo -universidad- a otro -centro de trabajo-. Las reivindicaciones de este tipo son menos frecuentes en los alumnos de segundo, sin duda por la novedad que representa para ellos cada tarea que se les encomienda, y por la ilusión de realizar sus primeras prácticas. Han estado menos expuestos a un discurso profesionalizado y reivindicativo. Tampoco se sienten en este momento lo suficientemente seguros de sus destrezas como para plantear este tipo de exigencias. Es raro que en los primeros cursos un alumno perciba que una tarea es rutinaria, probablemente porque todavía no dominan ninguna. Su discurso, por tanto, es más tolerante con los enfermeros profesionales a los que acompañan en las prácticas, y no emerge el rol profesional que reclama mayor autonomía del alumno en la realización de tareas. Digamos que dicha autonomía, en esta fase de la formación, es más un deseo que una exigencia: ellos mismos son conscientes de sus limitaciones teóricas y prácticas.

Otra de las críticas al contenido de las prácticas atañe a la poca variedad de tareas de la que en ocasiones adolecerían. Los estudiantes plantean la permanencia exclusiva en una sola planta del hospital y la falta de rotación como elementos que entorpecen la formación de una visión más general e integrada de todas las labores que pueden desempeñar en el centro hospitalario (“yo de maternidad sé mucho pero mañana me ponen a trabajar en UCI y no tengo ni idea”). Esta reivindicación es común en ambos grupos, si bien el grupo de último curso muestra mayor preocupación ante las mismas. La sensación de estar viviendo el final de su formación les produce una inseguridad que acrecienta todas sus críticas. La baja rotación les hace sentirse más vulnerables y menos preparados para el momento en el que tengan que enfrentarse al paciente y asumir toda la responsabilidad como profesionales, sintiendo que únicamente dominan aquellas funciones que han podido desarrollar.

Para terminar con los aspectos de contenido de las prácticas, otra de las principales cuestiones que aparecieron en los grupos concierne a la relación enfermero/paciente. Este es uno de los puntos donde mejor queda reflejado que las dos macrovisiones profesionales (visión prescriptiva y visión asistencial de la enfermería) no son excluyentes entre sí, pese a que presenten un mayor énfasis en unos elementos que en otros. En la visión que se tiene del paciente se pone de manifiesto el componente asistencial que ambas lógicas comparten (si bien una lo prioriza más que la otra), como ya se observara en el apartado 3.2. Las dos comparten una visión sobre el enfermo muy semejante, siendo percibido como un ser desvalido, desprovisto de autonomía, necesitado de ayuda. En un tema central para la enfermería como la relación con el paciente, la lógica imperante sigue siendo la clásica y mayoritaria, es decir, la asistencial, lo que muestra el peso y la hegemonía que mantiene esta posición entre los estudiantes. En este punto el discurso es homogéneo y apenas presenta fracturas, lo que pone de manifiesto que los estudiantes tienen fuertemente interiorizada una gran vocación de servicio público, así como una ética profesional basada en el “deber cumplido”. Como iremos viendo, esta vocación es muy común entre los profesionales sanitarios.

6.3. La evaluación de las prácticas del resto de carreras sanitarias

Tres modelos de prácticas

Pese a que podamos hablar de aspectos más o menos comunes relacionados con el aprendizaje práctico en el resto de las carreras sanitarias, no conviene inferir que exista un modelo de prácticas tuteladas

similar y equiparable a todas ellas. Muy al contrario, hemos podido encontrar al menos tres tipologías de formación práctica. La clasificación que a continuación expondremos se basa en dos dimensiones: el lugar en el que se desarrollan las prácticas y el papel que ocupa la facultad en la organización de las mismas.

En cuanto a la primera dimensión, encontramos, en principio, dos posibilidades al respecto: que las prácticas se lleven a cabo dentro de la propia facultad o que se lleven a cabo fuera de ella. La primera consiste normalmente en la práctica a través de gabinetes o consultas que se instalan dentro de la facultad y que, pese a no realizarse en centros externos, nada tienen que ver con los créditos prácticos que incluyen casi todas las asignaturas en las carreras de ciencias de la salud¹³. Fundamentalmente porque estas últimas carecen de posibilidad de trato con el paciente, y por tanto del componente fundamental para tomar contacto con la futura realidad profesional del estudiante, como sí se hace en las prácticas clínicas tuteladas. En cuanto a la segunda posibilidad, que las prácticas se realicen en centros externos, ésta se puede subdividir, a su vez, en otras dos grandes categorías en función del convenio de cada universidad con instituciones públicas o privadas.

La segunda dimensión, el papel que juega la facultad en la organización de las prácticas, tiene interés en la medida que interacciona con la anterior. Conforme nos acercamos al modelo de prácticas “internas” aumenta de manera considerable la implicación de la institución académica en la práctica del alumno, ya que es la facultad o escuela la encargada de organizarla. Lo cual influye en uno de los factores claves para la satisfacción del alumno: el tutelaje efectivo, es decir, la supervisión y el apoyo constante del tutor. Por otro lado el papel de la facultad disminuye en la opción de prácticas en el sector privado, en la que la facultad o escuela deja al alumno en manos de la empresa colaboradora. Así, la mayor parte de quejas provenientes de este modelo de prácticas remiten a la falta de una tutorización controlada, pese a que la burocracia exige rellenar un cuestionario acerca del alumno, al que en muchos casos los tutores no han tenido oportunidad de hacer un verdadero seguimiento durante su estancia.

Los tres modelos que resultarían finalmente de este cruce de dimensiones serían los siguientes:

a) Modelo de prácticas “internas”: se caracterizarían por la constitución de una consulta dentro de la propia facultad o escuela, en la que se presta un servicio público y en la que los alumnos pueden realizar prácticas con pacientes reales (podología y odontología), o bien observar cómo trabajan sus profesores (logopedia). La implicación de la facultad en su organización es muy alta, así como la de los propios alumnos, que valoran muy positivamente sus prácticas, involucrándose en ellas de manera excepcional con respecto al resto de modalidades de formación práctica. Los beneficios de la consulta, que por lo demás son bastante reducidos puesto que las tarifas son más bajas que en el mercado, se reinvierten en el mantenimiento del gabinete.

El modelo más perfeccionado de este tipo de prácticas tuteladas parece haberlo conseguido la carrera de odontología. En comparación con las otras dos carreras que optan por esta modalidad de formación práctica, ésta tiene más solidez debido al amplio periodo de tiempo que lleva en funcionamiento y a la mayor implicación de los alumnos, ya que son ellos mismos los que realizan la intervención asistencial. La diplomatura de podología ofrece este tipo de consulta integrada en la facultad, pero lleva poco tiempo funcionando, pues la propia titulación es muy reciente. Así mismo, logopedia, con más años ofertando este servicio, no ofrece como posibilidad que sean los propios alumnos quienes traten con el paciente, sino que se limitan a observar la intervención de sus profesores en un cuarto oscuro desde el que pueden ver lo que ocurre en el gabinete a través de un cristal. Es por ello que podemos afirmar que la consulta interna de Odontología constituye el modelo más perfeccionado y que mejor representa la clasificación de prácticas “internas”, y la que proporciona un mayor grado de satisfacción entre sus alumnos y, en general, de los alumnos de las carreras sanitarias.

b) Modelo de prácticas externas “mixtas”: son prácticas en las que se ofrece al alumno la posibilidad

13. Las prácticas tuteladas internas se caracterizan por la actividad clínica -como elemento diferenciador- que realizan los alumnos en una consulta pública que, en lugar de depender del SAS, depende de la propia facultad.

de elección entre un centro público, un centro privado, o bien, dividir el periodo de prácticas entre ambos. Aquí el grado de implicación de la facultad en la organización de las prácticas aumenta cuando se trata de un centro público (o concertado) y disminuye en el caso de que se trate de un centro privado. Este modelo lo ejemplifica muy bien el caso de las prácticas de farmacia, las cuales pueden realizarse en hospital o en un establecimiento farmacéutico. Curiosamente, la opción de muchos de los alumnos la segunda, entre otras cosas porque la falta de control sobre las prácticas las hace mucho más llevaderas, situación a la que al parecer se ha comenzado a poner límite este mismo año.

Este es el modelo de prácticas al que prestaremos mayor atención por incluir la realización de prácticas en centros sanitarios incluidos en la red del SSPA. Las licenciaturas y diplomaturas que se ciñen a este modelo son veterinaria, psicología, farmacia, nutrición, terapia ocupacional y fisioterapia.

c) Modelo de prácticas externas “privadas”: se corresponden con aquellas prácticas que se realizan exclusivamente en centros privados externos a la facultad. En este caso no existe la posibilidad, normalmente por falta de convenios, de realizar el periodo de prácticas en un centro sanitario público. Es por ello que la oferta de prácticas se ciñe exclusivamente al mercado privado. Esto influye así mismo en la disminución del grado de implicación que la facultad tiene en la organización de las prácticas, ya que en este modelo se suele dejar en manos del alumno la búsqueda del establecimiento dónde pretende realizar la práctica y no se fija ningún programa de objetivos para la misma.

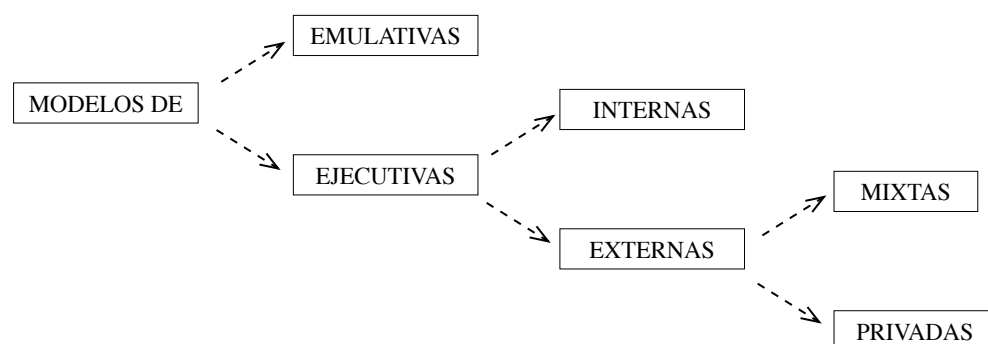
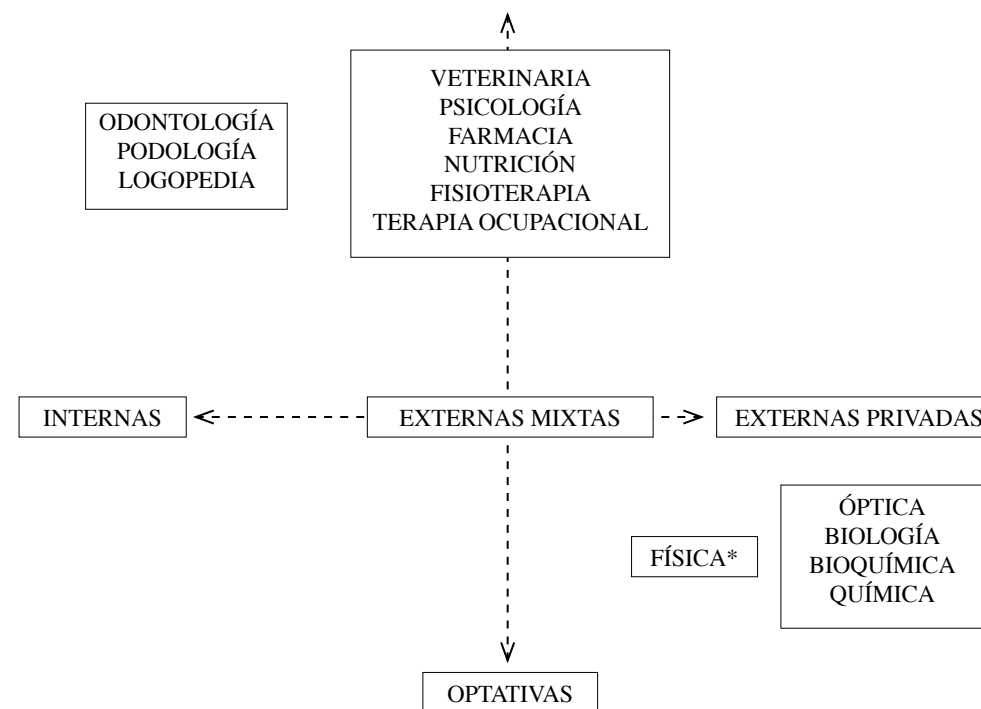


Figura 12: Modelos de prácticas de las carreras sanitarias (excepto enfermería y medicina).

Debemos tener también en cuenta la obligatoriedad de las prácticas. Al hacerlo comprobaremos una vez más cómo a medida que se externalizan las prácticas las facultades muestran menos interés por las mismas y, en consecuencia, adquieren un carácter optativo. Así, en todos los casos incluidos en el modelo de prácticas privadas, la realización de prácticas es una cuestión voluntaria que se realiza dentro del periodo estival y que posteriormente se convalida con créditos de libre elección. El papel formativo que poseen en estos casos las prácticas es bastante menor que en el resto de modelos, en los que la formación práctica está integrada en el currículum académico del alumno como un aspecto obligatorio de su carrera.



* El hecho de que Física se encuentre separada del resto de titulaciones que integrarían su modalidad de prácticas se debe a que, pese a ser privadas y optativas como el resto, la Universidad de Sevilla oferta dos plazas para la realización de las mismas en el Servicio de Radioterapia del Hospital Universitario Virgen Macarena. Al margen de esta excepción, cumple todos los requisitos formales para incluirse dentro del modelo de prácticas externas privadas.

Figura 13: Clasificación de las carreras de orientación clínica media y baja en base al modelo y la obligatoriedad de la formación práctica.

En el siguiente apartado procederemos a realizar un análisis más pormenorizado de la evaluación de las prácticas de cada carrera. Para ello seguiremos esta estructura basada en los modelos de prácticas en los que hemos clasificado las carreras de orientación clínica media y baja. Dentro de cada modelo trataremos cada carrera de forma individual a fin de recoger todos los matices que presentan, para que no se diluyan en un análisis demasiado generalista. No obstante, al final de cada modelo expondremos las características comunes, que son las que otorgan al grupo su coherencia interna.

Ya hemos visto que los únicos estudios sanitarios que realizan por entero sus prácticas en centros públicos son los de medicina y enfermería. Entre el resto de titulaciones de ciencias de la salud también nos encontramos -aunque en menor medida- convenios entre las universidades y los centros pertenecientes al SSPA, aunque sólo en las carreras que siguen el modelo de prácticas mixtas, es decir, aquellas que dan la opción de realizar las prácticas en centros públicos o en privados. El resto de modelos también pueden tener interés para el estudio examinados bajo el prisma de la visión de público, o sea, analizando su discurso en función de sus posturas en torno a la posible realización de las prácticas en centros del SSPA. Por otra parte, dentro de los casos que no realizan prácticas en centros del SSPA existen modelos muy bien valorados por los alumnos, de los que por tanto conviene conocer las claves de su éxito, a fin de comprobar si son exportables a otras titulaciones.

6.3.1. Evaluación de las prácticas de modelo mixto

Como ya hemos dicho, este modelo se caracteriza por posibilitar al alumno la elección de realizar sus prácticas en un centro público o bien en un centro privado (únicamente farmacia ofrece la posibilidad de dividir el tiempo de prácticas entre ambos espacios). Es el modelo más común en las carreras sanitarias que poseen un modelo propio muy consolidado, excluyendo medicina y enfermería. Comprende las licenciaturas de farmacia y psicología¹⁴ y las diplomaturas de nutrición, fisioterapia y terapia ocupacional. Lo que nos hace separarlas en dos grupos no es tanto el grado (licenciaturas frente a diplomaturas) como la implantación de las mismas en el sistema universitario. El conjunto formado por las dos licenciaturas se caracteriza por tener una larga tradición en el campo académico, por lo tanto se sitúa dentro de un marco educativo al hemos llamado modelo continental (ver punto 2.2). Como se recordará, este modelo se define por la hegemonía de los conocimientos teóricos sobre los prácticos. Por otra parte, el conjunto formado por las diplomaturas se enmarca dentro del fenómeno de la aparición de nuevas titulaciones dentro del campo de las ciencias de la salud. Al ser tan recientes, estos estudios han comenzado ya su andadura dentro del modelo educativo anglosajón, en el cual habilidades y actitudes ocupan al primer plano, devolviendo a la práctica profesional el valor que había perdido.

Licenciaturas de larga tradición

Farmacia

Descripción de la práctica:

Las prácticas en la carrera de farmacia son obligatorias y se realizan durante el segundo semestre del quinto curso, es decir, de febrero a junio. Son de dedicación exclusiva, por lo que durante ese periodo el alumno no acude a clases en la facultad. El horario -35 horas semanales- se ciñe al del centro de trabajo, que puede ser el servicio de farmacia de un hospital o bien un establecimiento farmacéutico ordinario (o tres meses en cada uno si el alumno decide partir sus prácticas). Sin embargo, la elección no depende finalmente de las preferencias del alumno, sino de las plazas que se oferten para ambas modalidades. En el caso de Sevilla, por poner un ejemplo, la diferencia es de 15 plazas en hospitales por 142 en oficinas de farmacia. Por lo que la asignación está muy reñida y se otorgan en base al expediente académico de cada alumno.

La tutorización se lleva a cabo conjuntamente por parte de la universidad (mediante el profesor de prácticas tuteladas) y del centro de prácticas (mediante el tutor de farmacia). La evaluación consiste en la realización de un examen de contenidos teóricos impartidos en unos seminarios que preceden a la realización de las prácticas, así como en la entrega de una memoria en la que se describa el contenido de los seis meses de prácticas. Por otro lado, al tutor del centro se le hace entrega de una hoja con una serie de puntos basados en el sistema de evaluación por competencias, donde puede evaluar las habilidades, conocimientos y actitudes del alumno. La nota final es el resultado de la media del examen, la memoria y la evaluación del farmacéutico responsable.

Aspectos relevantes:

Control de la asistencia

El sistema de prácticas de la carrera de farmacia se encuentra inmerso en un proceso de cambio dirigido a mejorar el control y la organización de las mismas. Debido a la falta de estos dos elementos -sobre todo del primero- las prácticas han perdido mucho valor para los alumnos. Resultaba paradójico a sus ojos que la propia Universidad se desentendiera de una de las asignaturas -la estancia en centro de trabajo- más importantes de la carrera (35 horas semanales durante seis meses). Como consecuencia

14. Como ya hemos mencionado anteriormente en este texto no se incluirá la carrera de veterinaria, ya que pese a ser una titulación sanitaria carece de prácticas en centros sanitarios, por lo que se aleja de nuestro objeto de estudio.

de ello los alumnos comenzaron a tomarse este periodo como un mero trámite que podía ser solventado sin grandes esfuerzos. Muchos estudiantes han terminado por acordar con el farmacéutico que éste certificase las prácticas, aunque no se realizaran más que parcialmente:

H: Las prácticas hasta ahora no han sido obligatorias, porque es que te las podían firmar (G1)

M: Tú no puedes estar en la farmacia de tu padre o en la farmacia de tu tío, eso es imposible, eso por ley no se puede, pero el enchufismo... Ten en cuenta que en la misma profesión son todos colegas, lógico, ¿no? La farmacia del amigo de tu padre, venga que yo te firmo (...) Obligatorias son, pero que después no tenían controlado nada (G1)

M: la gente antes solicitaba la farmacia porque lo que querían era el título y quitarse del medio, y utilizaban esos seis meses para quinientos millones de cosas: terminar la carrera, trabajar y sacar dinero, estudiar inglés, el carné de coche... quinientos millones de cosas. Incluso se ahorran el dinero del piso aquí muchos compañeros porque se iban a su pueblo. (G1)

El que el centro donde se realizan las prácticas sea público o privado influye en la disciplina y el control de las actividades del alumno. Recordemos que existe una relación entre la modalidad de prácticas de cada titulación y el papel de la facultad en su organización, de tal modo que a medida que las prácticas se acercan al sector público aumenta la presencia y el control de la institución académica. A causa de ello, la opción de realizar las prácticas en el servicio de farmacia de un hospital se ha convertido para algunos alumnos en la opción menos deseada:

H: Tú tienes tu horario y allí está la farmacéutica todos los días, todos los días te mandan algo y saben tu trabajo, y si algo no está hecho o preguntan por tí y no estás por allí... Es como si vas a cualquier sitio... ¿Cómo que no ha venido hoy esta chiquilla? Pues lo mismo, tú vas allí como cualquier trabajador (G1)

H: Es que el tema de la farmacia tiene... Este año se ha puesto un poco más duro, pero normalmente la gente que elegía farmacia echaba sus horas y no echaba sus horas, simplemente tú me firmas a mí mis horas y no iba. Pero hospital es diferente, en el hospital sí tenías que hacer todas las horas, ahí sí te controlaban, te exigían los mismos miembros del hospital, los mismos farmacéuticos. En farmacia este año se ha puesto un poquito más serio, porque ya controlan con llamadas, te llaman a la farmacia a ver si estás o no estás, pero antes tú cogías a un amigo de tu padre, a la farmacia de al lado... ¿Te importa firmarme la práctica? Y no hacía falta ni ir. Ese es el detalle, por eso el hospital es más duro entre comillas (...) En el hospital no podías decir eso, en el hospital tú fallabas un día y tenías que recuperar posteriormente ese día que fallabas, y tenías que echar todas tus horas, y en una farmacia las horas no las echabas. Simplemente por eso digo yo que es más duro. (E5)

Sea como fuere, todos los alumnos entrevistados coinciden en señalar que a partir de este año la organización de las prácticas por parte de la universidad ha experimentado un giro de ciento ochenta grados. Se han controlado las conductas fraudulentas de muchos estudiantes que optaban por prácticas en oficinas de farmacia, estableciendo nuevos mecanismos de control de asistencia, pruebas escritas, memoria de las prácticas, entrevista con el tutor académico, cuestionario rellenado por el farmacéutico tutor, etc. Estos cambios están permitiendo que los alumnos vuelvan a percibir la importancia del papel de las prácticas en su formación. Sin embargo, el proceso de cambio acaba de empezar y aún se percibe cierta apatía relacionada respecto a las prácticas en sus discursos ("yo creo que es pura política para darte el título", dice el alumno entrevistado en la E5).

Una de las consecuencias que ha tenido el aumento de control de las prácticas en farmacias ha sido la desaparición de las ventajas que conllevaba decantarse por esta opción. Ahora la estancia en el hospital se ha equiparado en exigencia a la estancia en farmacia, lo que está haciendo aumentar las peticiones para realizar las prácticas en centros del SSPA, algo que hace unos años era casi impensable. El problema ahora parece ser precisamente la falta de plazas en centros públicos:

H: Bueno, la gente entre otras cosas tiene que tirar más para las farmacias porque no hay hospitales

para todo el mundo. (G1)

H: Hombre, cada vez hay más curiosidad por hacerlas en hospital, yo tengo entendido que los hospitales se han completado, exactamente no te lo puedo decir este año, pero creo que en los hospitales se han completado las plazas, todas las que se han ofertado se han... Es más, seguro porque tengo una compañera que quería hacerlas y no ha podido, se han completado. (E5)

Mano de obra en la farmacia

Otro de los problemas de las prácticas de los alumnos de farmacia es lo que entienden como una rutinización de sus tareas, lo que les hace pensar que están siendo usados como mano de obra gratuita, situación que tienen en común con muchos otros profesionales en formación. Esta percepción es más fuerte entre los alumnos cuyas prácticas se realizan en farmacias, pues una gran parte de sus labores son puramente comerciales: realizar pedidos, comprobar albaranes, despachar al público... Por el contrario, este sentimiento disminuye cuando las prácticas se realizan en un hospital, ya que la actividad que se desarrolla allí se observa más como un servicio público que como una tarea comercial. Sin embargo, también en los hospitales se percibe un cierto cariz repetitivo en sus tareas cotidianas, lo que hace que muchos se quejen de la monotonía del trabajo y de estar llevando a cabo labores más propias de un auxiliar que de su futuro puesto como farmacéutico licenciado:

H: No te enseñan... No, porque llegas allí y te colocan con los mancebos y yo me hinché, para qué mentirte, de todo el tema que llaman la unidosis, un sistema de dispensación a las distintas plantas del hospital de los diferentes medicamentos, se mandan unos carritos, salen una serie de hojas... Habitación tal, tantos medicamentos... Y yo me hinché de rellenar hojas y de coger los medicamentos y echarlos en los carritos de los diferentes pacientes. (...) Estábamos siempre con los auxiliares, nunca estábamos con los farmacéuticos. (E5)

Como sucede en otros casos similares, la impresión de que el componente laboral de las prácticas supera al formativo dispara la sospecha de un posible abuso por parte de los centros de trabajo. El alumno que por diferentes razones (la rutinización de tareas en este caso) sienta que no aprende en las prácticas, recelará inmediatamente de las intenciones del centro donde está realizando las prácticas, pensando que quizá se están aprovechando de su trabajo sin que a cambio esté recibiendo la formación apropiada.

Falta de contacto con profesionales del mismo nivel

Los alumnos de farmacia que realizan sus prácticas en hospitales muestran su descontento por la falta de contacto con farmacéuticos del servicio. Cuando llegan al hospital se les asigna un tutor que sí cumple con este requisito, pero en cuanto a la tarea del día a día suelen ser incluidos dentro del grupo de auxiliares, cuya función es repartir los medicamentos por las habitaciones de los pacientes. Por esta razón, la satisfacción de los alumnos que permanecen en los laboratorios de farmacia, probando sus futuras labores profesionales, es mucho mayor:

H: Yo lo que cambiaría es que estuvieras con el farmacéutico, que no te mandaran con un auxiliar. Yo pienso que tú estás allí y vas a aspirar a su plaza, entonces deberías estar todo el día pegado a él. Yo sé que eso es un incordio, que yo soy el que trabaja, pero si no eres capaz de hacerlo no pidas alumnos para prácticas. Yo no estoy allí para hacer el trabajo de un auxiliar, yo estaba allí todo el día con los auxiliares, entonces de lo que ella hacía [su tutora profesional] no tenía ni idea, pero ni idea. Eso es lo que yo cambiaría. (E5)

Psicología

Descripción de la práctica:

La carrera de psicología cuenta con cinco especialidades diferentes, una de ellas es la psicología

clínica, en la que se realiza un prácticum al final de la carrera a modo de asignatura obligatoria -la más larga de la carrera- con un peso de 12 créditos en el plan de estudios. Se suele llevar a cabo, por lo general, en centros laborales concertados con la Universidad y siempre bajo la supervisión de un tutor del centro de prácticas (tutor profesional) y un profesor de la Facultad (tutor académico). Las plazas que se ofertan están relacionadas con los diferentes servicios públicos de salud mental: centros de salud, comunidades terapéuticas, servicios de psicología clínica en hospitales y unidades de rehabilitación. Asimismo, también pueden optar por realizar sus prácticas en consultas particulares, en asociaciones u ONG's. La evaluación consta de tres partes: entrevistas personales con el tutor académico durante la realización de las prácticas, redacción de una memoria del prácticum e informe de evaluación realizado por el tutor profesional.

Aspectos más relevantes:

Falta de participación en tareas profesionales

La principal reivindicación de los alumnos de psicología es la falta de participación en sus propias prácticas, debido a las limitaciones que les son impuestas a la hora de tratar con los pacientes. Pese a que piensan que este problema tiende a desnaturalizar las prácticas, se percibe al mismo tiempo cierta comprensión con los profesionales: se entiende que éstos mantengan una conducta de reserva hacia el trato entre estudiantes y pacientes por miedo a las posibles consecuencias en la salud mental de estos últimos. Claro está, no todos los pacientes presentan la misma gravedad y hay determinadas tareas que son más o menos repetitivas y sencillas, en las que no cabrían muchas posibilidades de cometer un error fatal. Es decir, existen campos para la participación de los estudiantes que aún no se han explorado y que les ayudarían a mejorar su posición durante las prácticas y su valoración hacia ellas. Por ejemplo la realización de test psicológicos que aportan información para el posterior diagnóstico que realiza el profesional:

M: Yo veo que en psicología faltan mucho, mucho, mucho todavía en todos los ámbitos, vamos, por lo menos, sobre todo en las prácticas (...) Es que psicología, para ser una de las carreras que también se supone que, vamos se supone, que estás con las personas y que supone que tú tienes que ayudarlas también y tal... eh... vemos a las personas en el último año y... a penas intervenimos en nada. Entonces no sé, eso es lo que yo veo que hay mas fallos, sobre todo. (G1)

M: Yo lo que hago es observar prácticamente. Te pasan algunos test de personalidad y tal, pero... Yo veo que hacemos..., yo por lo menos hago poquito. Está el psicólogo, él es el terapeuta, es su puesto y tal, pero... No sé, yo creo que es poco. (G1)

Aún así, como ya hemos mencionado existe en el fondo una actitud de comprensión hacia el profesional y hacia la peculiaridad de su objeto de trabajo:

M: Por ley no se puede, porque claro, al ser estudiante también, hombre, quieras que no, es que no es como a lo mejor... Que a lo mejor una persona está mal psicológicamente y tal, lo que le digas le puede afectar a lo mejor de una forma u otra, ¿sabes? Y entonces yo creo que también a lo mejor lo hacen por eso. Porque no es lo mismo, yo que sé, no es lo mismo ver...

H: Un mecánico...

M: Claro. Porque cada persona es un mundo y si es un paciente que tu es la primera vez que lo ves, tú tampoco y a lo mejor él lleva 10 años que lleva con el paciente... Pero bueno, yo por lo menos le veo... Están bien, por lo menos vemos algo, pero... falta todavía. (G1)

Prácticas que ayuden a decidir

Los alumnos perciben como un problema la imposibilidad de probar entre diferentes especialidades antes de decantarse por una de ellas. En su caso el dilema de la elección de especialidad adquiere bastante importancia, pues en la mayoría de los casos realizan dicha elección a ciegas. Las prácticas

se llevan a cabo durante el último año, una vez tomada la decisión sobre el itinerario a seguir. Se ha señalado la posibilidad de poder tomar como referente el plan de estudios de pedagogía, carrera que les toca muy de cerca, y que por la similitud con psicología a menudo se imparte en la misma facultad. En este caso los alumnos tienen prácticas en tercero y en quinto. La única diferencia es que las primera etapa de prácticas es preclínica, en las que el trato con pacientes es muy limitado. La segunda ronda es ya propiamente clínica, es decir que va destinada a que realicen bajo supervisión las tareas que desarrollarán como profesionales una vez graduados. Este modelo al menos les ayudaría a tomar la decisión en base a la experiencia y además contribuiría a aumentar el tiempo de prácticas. Entre estos alumnos la especialización se vive con cierta angustia, la cual recuerda a la de los médicos a la hora de su elección tras el examen MIR. La sensación de no retorno, de no poder cambiar su decisión, es lo que hace en gran medida reclamar la posibilidad de tener prácticas antes de que llegue el momento de elegir especialidad:

M: Te permite saber si te gusta, por que rama te vas a tirar. Porque no sé, a lo mejor te tiras por una rama y luego tu dices... A los 10 años... y ahora ya...

H: El problema es que en nuestra facultad hay muchísimas ramas,

H: Y ahora haces un prácticum en quinto y ahora no te gusta, y ahora dices, bueno ¿ahora que hago? (G1)

M: Lo que es la clínica y tal que mínimo hubiera como hay en pedagogía. Es que yo no entiendo si en pedagogía hay por ejemplo en tercero y en quinto ¿por qué en psicología no? O en, yo que sé, es que, para mí eso no tiene sentido. Porque además, lo que son las prácticas clínicas, que es observación, porque si tu dijeras que estás en clínicas, y tal, y estás en prácticas, y tú también llevas el tratamiento y tal, pero es que no. O sea, yo lo que hago es observar. O sea, que para estar así, yo también puedo estar en tercero.

Preocupación por el paciente

Entre estos alumnos existe una mayor preocupación por el paciente, originada en el alto grado de orientación clínica de su carrera. Lo habitual en este tipo de titulaciones es encontrarse con estudiantes muy inseguros al dar el paso al mundo profesional y con miedo a no saber tratar a sus pacientes por falta de conocimientos prácticos. Esto suele conllevar una valoración negativa de su trayectoria académica, en la que el alumno encuentra los motivos de no sentirse preparado:

H: Yo en tercero tenía los mismos conocimientos prácticamente de clínica que tengo ahora, porque eso es otro fallo en nuestra facultad. Nosotros de clínica, aquí no se da prácticamente nada, y la mayoría de asignaturas de clínica son optativas. Y en cambio tenemos 3 años obligatorios de estadística y que tú dices, muy bien, pero...

M: Para investigación.

M: Claro, muy bien, para investigación, pero si la mayoría de la gente no se va para investigación... (G1)

M: Las [prácticas] nuestras yo creo que están fatal, vamos. Para ser, bueno, para... que no estás tratando con un ordenador, ni en un banco, es que estás tratando con la salud mental de la gente realmente. (G1)

Finalmente, pese a tener grandes diferencias en cuanto a su orientación clínica, farmacia y psicología guardan un rasgo en común a destacar. Ambas tienen su sistema de residencia, el FIR y el PIR respectivamente, por lo que tienen más facilidad para su entrada en el hospital que muchas otras carreras sanitarias, especialmente las diplomaturas. No obstante, existen actitudes diferentes entre los alumnos de ambas carreras hacia la residencia. Los estudiantes de psicología mencionaron esta

posibilidad en los grupos, de hecho mostraban su preocupación por la influencia de la nota del prácticum en la del examen PIR:

H: El práctico es lo que más créditos tiene de la carrera. Entonces tampoco, en fin, que si lo haces bien, para la nota media.

M: Además tenemos que hacer también unas memorias al final, bueno al final o durante las prácticas que también se evalúan y por lo menos para hacer el PIR me han comentado que también que... O sea, la nota que tú saques en las prácticas te cuentan para la especialidad y además se multiplica por 3 o una cosa así, o sea, que la verdad es que te cuenta bastante a la hora de especialidad. O sea, que interesa sacar buena nota. (G1)

Mientras tanto los alumnos de farmacia mostraron cierto conocimiento de esta posibilidad, pero un interés nulo hacia ella ("yo fíjate, tenía intención de hacer el FIR, y no lo hago porque no me llamó la atención"). Esto puede deberse al contexto en el que se ha desarrollado la carrera de farmacia, en la que, como ya hemos visto, la opción del hospital era minusvalorada en favor de condiciones más cómodas en las farmacias comerciales. Es cierto que el cambio de sistema de control de asistencia y la rigurosidad que a partir de este año impera en ambas opciones de prácticas ha comenzado a incrementar la motivación de los alumnos por la opción hospitalaria, de manera que este curso se habían agotado todas las plazas para dicha elección. Es por ello que podemos augurar un aumento del interés por el FIR conforme crezca el conocimiento de la opción hospitalaria.

Diplomaturas de nueva creación

De todas las nuevas diplomaturas sanitarias que hemos repasado en este estudio, únicamente tres tienen la posibilidad de realizar prácticas en centros públicos. Sin embargo son muy pocas las plazas que se ofertan. Es más habitual que las prácticas se lleven a cabo en empresas privadas o asociaciones. Los hospitales son poco frecuentados por este tipo de alumnos. Este hecho sin duda es consecuencia de la poca o nula implantación de estas profesiones sanitarias en los centros de salud, lo cual hace que aún no se haya creado una demanda específica para ellos y que el sector público no necesite de sus servicios, ni como alumnos en prácticas ni como profesionales (ya que, como hemos visto, suelen ser ámbitos que se engloban dentro de especialidades médicas). Son, en definitiva, problemas derivados de la reciente implantación de estas diplomaturas sanitarias, que aún están buscando un hueco o un reconocimiento en el sector público pese a que el sector privado les ofrece buenas posibilidades de empleo.

Por otra parte, debido a su novedad estas diplomaturas suelen haber sido creadas ya dentro de la nueva corriente educativa que impulsa el Plan Bolonia y al que hemos llamado modelo anglosajón. Éste se caracteriza por el impulso dado a los contenidos prácticos dentro de la universidad. Pese a ello todas titulaciones que vamos a analizar reclaman todavía un mayor peso de la práctica en su formación.

Nutrición

Descripción de la práctica:

Los alumnos de nutrición tienen en su último año una asignatura de 12 créditos denominada Prácticas en Empresas, mediante la cual pueden optar a realizar su estancia en un hospital público. Existen dos opciones de prácticas que se corresponden con las dos posibles ramas de especialización. Por un lado, está la nutrición comunitaria y por otro la nutrición clínica, que es la que a nosotros nos interesa en este apartado, pues sus alumnos tienen la posibilidad de realizar estancias en hospitales. Sin embargo, el hecho de que la demanda de nutricionistas se centre en el sector privado hace que los hospitales públicos tengan pocos espacios preparados para ofertar prácticas adecuadas a la titulación de estos alumnos. La evaluación se lleva a cabo a través del tutor externo (centro de trabajo) que rellena un cues-

cionario sobre las aptitudes del alumno y del tutor interno (facultad) al que el estudiante debe entregar una memoria al final de su actividad.

Aspectos más relevantes:

Desventajas de ser los primeros

Las carreras de nueva creación presentan varias desventajas a la hora de realizar sus primeras prácticas, como es el caso. En primer lugar, la falta de organización institucional propia de los primeros convenios entre universidad y centro de trabajo, a la que los alumnos han respondido con comprensión:

M: Es que ha estado muy mal porque cada una ha empezado en un tiempo distinto. A mí me tocó empezar con todos los exámenes, y yo no creo que durante los exámenes sea el mejor momento para hacer las prácticas, yo empecé durante los exámenes de febrero y hay gente que acaba de empezar ahora mismo que le van a tocar los exámenes de junio, y ha estado muy desorganizado, han elegido empresas que no sabían cómo iban a ser, y en los hospitales, y después ha habido gente a la que no le ha gustado nada las prácticas. Y claro, ellos decían: “Bueno, ya para el año que viene lo sabemos”. Como es la primera vez... (E6)

M: Yo creo que eso es porque es el primer año que se está dando aquí, que somos la primera promoción, y se ha... Somos un poco el conejillo de indias, (G3)

Otro de los aspectos derivados de la novedad de la titulación es la falta de plazas en hospitales para realizar sus estancias, ya que no existe una demanda creada para este tipo de especialistas en nutrición. Aún así, nadie les asegura que, pese a que consigan entrar en un centro sanitario vayan a llevar a cabo tareas que estén en consonancia con sus expectativas. Esto es así debido a la falta de tutores profesionales que tengan la misma formación que ellos. Normalmente suelen estar al cargo de un médico o farmacéutico especialista en nutrición, lo cual resulta bastante decepcionante para ellos. Tengamos en cuenta que normalmente un gran valor de las prácticas es poder observar el trabajo de un profesional de su titulación, su día a día, para poder hacerse una idea de lo que les espera en su futuro más próximo. En cambio se encuentran con el día a día de “otros” profesionales, que no son propiamente nutricionistas:

M: Bueno, otra cosa, en mis prácticas no hay dietista-nutricionista diplomado, es un técnico de ciclo.

M: Ni yo tampoco he tenido... Yo, una bióloga era, tampoco era...

M: Lo primero que debería haber es un nutricionista en cada sitio haya, y si no lo hay pues...

M: Tiene que haberlo.(G3)

En último lugar esto se traduce en que muchas de las labores que desempeñan en sus prácticas no son estrictamente clínicas, sino que son propias de ámbitos que el alumno no relaciona idealmente con su titulación, o bien incluyen tareas excesivamente sencillas y mecanizadas. Algunos de los estudiantes mencionaban la mala experiencia de pasar las prácticas en la cocina de un hospital revisando menús, por ejemplo. El descontento del alumno en estos casos es notable, por la falta de trato con el paciente en una carrera con un elevado grado de orientación clínica:

M: La gente normalmente lo quiere hacer en hospitales, pero...

M: No hay plazas.

M: Se habían comprometido los hospitales en dar 15 plazas a nutricionistas, y ha resultado que solo

han ido dos. Y de esas dos lo que les han hecho es estar viendo cómo hacen de comer en la cocina (G3)

M: En hospitales es que la que ha estado mejor en las prácticas ha estado pesando y midiendo al paciente que llegaba, y escuchando cómo el paciente le contaba los problemas que tenía... Poco más. (E6)

M: Hacíamos todos los días lo mismo, yo había pensado que iba a hacer muchas cosas, y después nada más que hice una cosa, que yo creo que no hace falta estudiar mucho para hacerla, entonces (...) estaba sintiendo que estaba perdiendo el tiempo, pero yo creo que más que nada es porque como era la primera vez. La médica no sabía muy bien cuál era nuestra función, y ella nos dijo “haced esto”, y nosotros lo hacíamos. Pero llegó un punto que decíamos “ya estamos cansadas, queremos aprender otras cosas”. (E6)

Falta de oferta pública

El punto anterior está ligado estrechamente a éste, en la medida que ambos tienen su origen en la inexistencia de plazas para la figura del nutricionista dentro del hospital. Muchos de estos alumnos anhelan poder desempeñar su actividad clínica en un centro del SSPA. De hecho esta opción de prácticas es la más solicitada. Y pese a poder realizar su estancia en un hospital, mientras están allí tienen que lidiar con la contradicción de saberse de antemano fuera de SSPA, al no ser reconocidos dentro de ningún cuerpo profesional del sistema hospitalario:

M: De momento no podemos trabajar en un hospital, a no ser por ejemplo... Aquí en Sevilla sí, hay un hospital en el que sí se puede, pero porque los trabajadores del servicio de nutrición no pertenecen al SAS, sino que pertenecen a una empresa que está contratada por el SAS, pero en el resto de hospitales como son pertenecientes al SAS no se puede.

M: Hombre, supone un problema, porque yo estaba haciendo las prácticas en el hospital y eso, la mayoría hemos hecho las prácticas en hospitales, y si hemos hecho prácticas y después no vamos a poder trabajar ahí...

M: Sí, y además es que la mayoría de la gente lo que quiere es la parte sanitaria, y no se puede. A ver si con el tiempo...(G3)

Más variedad

Como ya hemos comentado en el caso de la psicología, las prácticas son una buena fuente de información para tomar decisiones en carreras con varios itinerarios. Nutrición forma parte de este tipo de titulaciones, lo que enfrenta a sus estudiantes con el mismo problema: no poder realizar sus prácticas en varios campos para basar su decisión en la experiencia. En este caso los alumnos únicamente pueden elegir por realizar sus prácticas en la especialidad clínica o comunitaria, sin existir opciones mixtas que les permitan tener una visión más integral de su profesión y que les preparen para ser competentes en cualquier ámbito laboral:

M: Yo creo que en nuestra carrera deberían de poner para que se tocaran un poco todas las ramas, osea de tocar tanto clínica como comunitaria, porque yo realmente... Yo no sé si a mí me gusta más la clínica que la comunitaria. Yo pienso que a mí me gusta más la comunitaria, pero es que como no he probado la clínica no lo sé.(G3)

M: Sí, a mí me hubiera gustado probar. Una buena idea podría ser esa, que a lo mejor estés la mitad del tiempo en un sitio y la mitad en otro, porque con nosotros se quedaban muy extrañados de que fuéramos sólo a un sitio a hacer prácticas. Sería muy bueno que se probara en diferentes sitios, porque yo ahora a lo mejor sé desenvolverme en un hospital pero no sé desenvolverme en una industria, y sería bueno si tú quieres trabajar en cualquier cosa que probaras diferentes cosas en las prácticas. Eso

estaría muy bien, pero es complicado.(E6)

Fisioterapia

Descripción de la práctica:

Las prácticas de los estudiantes de fisioterapia se distribuyen en el segundo y tercer año de su diplomatura. Están integradas en las asignaturas Estancias Clínicas I y II, de 10.5 créditos cada una, que se centra el primer año en la traumatología y el segundo en la neurología. Esto significa que durante cuatro días a la semana, dos meses al año, realizan dos estancias en diferentes centros, ya que las prácticas son rotatorias (un mes más un mes). Los destinos más frecuentes suelen ser los centros de salud, hospitales y clínicas privadas. La evaluación se realiza mediante la entrega de las fichas de seguimiento a los pacientes que han ido elaborando los alumnos (historial, clínico, tratamiento...) y a través de un cuestionario que se le pasa al fisioterapeuta encargado de tutelar la práctica en el centro de trabajo.

Aspectos más relevantes:

Más prácticas pero menos responsabilidad

Como la mayoría de estudiantes de carreras sanitarias, las fisioterapeutas comparten la opinión de que para su formación necesitan un mayor número de horas dedicadas a la clínica:

M: Es ridículo que en 3º de Fisioterapia, que se supone que ya tienes que tener prácticas de antes, muchísimas horas, solo tengamos dos meses de prácticas... Bueno, dos meses que realmente no son dos meses, porque son dos meses quitando fiestas, quitando fines de semana, quitando los viernes, que los viernes tampoco hay prácticas.

M: Son 4 días a la semana durante 2 meses, entonces tampoco es... yo pondría muchas más prácticas. (G3)

Llama la atención de este grupo el exceso de responsabilidad que, a juicio de las entrevistadas, albergan sus prácticas clínicas. Ya hemos visto que uno de los elementos fundamentales para una buena estancia en un centro de trabajo es la posibilidad de participación en labores profesionales propias de su titulación. No obstante, la mayor parte de los alumnos afirman que se dedican más a observar que a practicar, es decir, que no adquieren ninguna responsabilidad durante su estancia. Los estudiantes de fisioterapia por el contrario admiten estar desarrollando las mismas tareas que un profesional: responsabilizarse de una lista de pacientes propios y mucho trabajo por delante. Además la figura del tutor encargado de su vigilancia se diluye entre tantas labores y el alumno se convierte en un trabajador más, con los peligros que ello entraña:

M: Porque tú puedes hacer una barbaridad, que no se entera nadie.

M: Sí, sí, eso sí es verdad.

M: Ahí nadie te dice: "oye, esto no se hace así". O sea, a lo mejor tú lo estás haciendo con toda tu buena fe y lo estás haciendo mal... (G3)

M: Tú llegas y te dan allí la ficha y no hay nadie que... (...) Yo llegué y yo estaba con una fisioterapeuta... Se supone que yo tenía que estar con ella, pero yo la veía de vez en cuando, que pasaba por allí.

M: También que estén un poco encima tuya, no que llegábamos y decían: "no, vosotros sois libres, tenéis vuestro paciente, vuestra ficha..." (G3)

Esta circunstancia se suele atribuir a la saturación de trabajo que tienen los profesionales que deberían tutelarles y parece generalizado tanto en hospitales como en clínicas privadas.

Evaluación subjetiva del tutor

Un problema derivado de la falta de tutelaje efectivo es, como sucedía en otras carreras, la falta de legitimidad que se atribuye a la evaluación. Parece obvio que exista una desconfianza acerca de los criterios en base a los cuales se va a evaluar la estancia del alumno, si han trabajado sin la supervisión de ese mismo profesional:

M: Pues... es que no sé, porque cuando el profesor asociado está contigo, o sea, cuando tú ves que está contigo, que te ve, que te ayuda, o que tú le ayudas y que ve lo que estás haciendo, vale. Pero cuando no hay nadie que te vea, yo creo que es muy subjetiva luego la nota. (G3)

M: Yo como alumna estoy tratando a una persona, él como fisio está tratando a otro a la vez... Entonces no puede estar evaluándote y viéndote... (G3)

Los más críticos con los hospitales

Otro aspecto que llama la atención del grupo de estudiantes de fisioterapia es que la percepción que tienen del SSPA, que en lo referente a su especialidad es bastante negativa con respecto a la del resto de estudiantes de carreras sanitarias. Esta opinión se argumenta en base a la falta de material y personal de la que adolecerían los hospitales, así como a la escasa motivación del personal. Son de los pocos grupos de alumnos que encuentran mayores ventajas al sector privado, en contraposición a lo que consideran falta de cuidado del sector público respecto a su disciplina:

M: Los hospitales están escasillos... están escasos. Lo primero, de personal...

M: Y de todo. No es normal que... Hay muchos pacientes para pocos... (G3)

M: Y luego en una privada están cargados de gente igual, o sea, muchísima gente también.

M: Pero la privada es distinto porque tienes que hacer el trabajo bien porque te están pagando.

M: Claro, en la privada se esfuerzan y se implican más porque le están poniendo el dinero por delante. Pero claro, en la sanidad pública, que tú llegas y: "ah, como esto ya es mío, pues yo aquí..."

M: Pero claro, como también... volvemos a lo mismo: que si es la sanidad pública, cada uno tiene su plaza y cumple sus horas y ya está, pues también... (G3)

Sin embargo, sí encuentran un aspecto que diferencia positivamente la sanidad pública con respecto a los centros privados y es la posibilidad de dedicar al paciente una cantidad de tiempo no limitada de antemano:

M: En otros sitios te decían "tienes que estar más o menos 15 o 20 minutos con el paciente", mientras que por ejemplo, en el hospital, si tienes que estar una hora con el paciente porque lo necesite, sin ningún problema.

M: Sí, eso sí es verdad.

M: En ese sentido la verdad es que dan mucha libertad...

M: No estaban tan encima tuya, pero bueno, pero que te dejaban libertad para explayarte con el paciente. (G3)

Rotación

El escaso tiempo de prácticas del que disfrutaban estos alumnos y el propósito de la institución académica de que pasen por un variedad de centros lo más amplia posible hace que el número de rotaciones sea, en opinión de los entrevistados, excesivamente alto. En consecuencia se acentúa en muchos casos la brevedad del paso por un centro sanitario, sin que el alumno haya tenido tiempo de hacerse con la dinámica de trabajo y los diferentes tipos de paciente que se tratan en el servicio. Sin embargo, resulta complicado tratar de poner una cantidad de tiempo óptima para las estancias. Aún así parece que los propios estudiantes han llegado a un consenso al respecto:

M: Y ahora cuando... estancias muy cortas en los sitios que hemos estado, por ejemplo: 2 semanas en un sitio, que cuando te estás adaptando y viendo cómo realmente trabajan te cambian a otro, y entonces tienes que volver a empezar, y cada centro y cada sitio tiene su forma de trabajar... (G3)

M: A mí la verdad es que no me gusta nada [las rotaciones], porque llega un momento en el que te estás adaptando al sitio y ya sabes cómo es cada paciente, cómo llevarlo, cómo tratarlo y demás, y te estás yendo, o sea...

M: Hombre, yo creo que un mes...

M: Un mes igual sí. (G3)

Al igual que su crítica al SSPA, esta valoración negativa de las rotaciones contrasta vivamente con la percepción de alumnos de otras carreras.

Terapia Ocupacional

Descripción de la práctica

Las prácticas de los alumnos de terapia ocupacional se realizan en el segundo y tercer curso durante 24 días al año, en los que se acude a un centro de trabajo todas las mañanas. Existen tres opciones a la hora de distribuir los tiempos: el alumno puede hacer la práctica en un mismo centro los 24 días, o bien puede partir su periodo en dos centros diferentes estando 12 días en cada uno o en tres centros permaneciendo 8 días por centro. A pesar de ser tan variadas las opciones parece que la que realmente convence a los alumnos es la primera, pues consideran que es un tiempo excesivamente corto como para familiarizarse con el entorno de prácticas:

M: Si vas a tres sitios... si tú lo miras objetivamente, en tres sitios... vale, ves más ámbitos, pero si estás en uno ves la función del terapeuta realmente, porque tú en 8 días no ves realmente lo que hace un terapeuta, tú lo ves de pasada pero no...no puedes aprender de ese terapeuta. Por ejemplo, yo he estado 12 días en cada práctica y a pesar de todo a mí también me ha parecido corto, porque yo he aprendido bastante de mis dos terapeutas, pero no lo suficiente, y el hecho de que en primero no haya prácticas me parece... vamos... (G3)

Los centros a los que suelen acudir los alumnos son hospitales, centros de salud mental y comunidades terapéuticas. El sistema de evaluación consiste en la puntuación del terapeuta que tutela al alumno en el centro de trabajo sobre aspectos relacionados con su actividad durante la práctica. Además el alumno deberá entregar al tutor académico una memoria de cada centro en el que haya estado, así como mostrar una intervención con un paciente y responder a preguntas relacionadas con la misma.

Aspectos más relevantes

Falta de tiempo y de lugar

La falta de tiempo de prácticas es generalizable a los alumnos de todas las titulaciones, pero específicamente esta diplomatura es la que tiene menos días de prácticas a lo largo del año. Además, el

sistema de rotación que puede llegar hasta tres centros en 24 días tampoco parece favorecer el aprovechamiento de las mismas, sino que contribuye a condensar demasiada información y actividad en muy poco tiempo:

H: Quejas también hay unas poquitas, porque, no sé, no... no orientan bien, como... Yo qué sé, yo lo veo como que debería ser mucho más práctico que teórico lo que estamos viendo. Tenemos mucha teoría, mucho... no sé cómo decir... Y en verdad, lo que interesa es cuando llegas a un centro, cómo... O sea, poder atender al paciente, y en verdad eso no lo estamos aprendiendo lo que es en clase. Algo en prácticas, pero aun así, las prácticas...

M: Son pocas horas... (G3)

Esta carrera carece de una amplia variedad de centros en los que se oferten prácticas, debido a su reciente aparición en el campo de la salud. Pese a ello tiene la ventaja de poseer el reconocimiento de su cuerpo profesional en el sector público, lo cual favorece la posibilidad de realizar estancias en hospitales y centros de salud, aunque limitada a aquellos donde existan este tipo de profesionales, lo cual no siempre se produce. Por lo demás no parecen mostrar preferencias a priori entre centros públicos y privados, ni a la hora de realizar sus prácticas, ni en cuanto a sus expectativas laborales. Por último, los entrevistados afirmaron estar pensando en ofertarse de manera gratuita a asociaciones y ONG's como forma para conseguir prácticas en un futuro:

M: También, el año que viene hay una forma nueva de hacer las prácticas. Han dicho que están dando información a muchas asociaciones de Málaga y a los que le interese recibir el terapeuta ocupacional gratis lo van a tener durante ese año en periodos de tiempo. Entonces nosotros tenemos que reunirnos en equipos de tres terapeutas... de tres estudiantes de terapia y hacer... valorar a los pacientes que tenemos, ver qué programa utilizaríamos con ellos y ponerlo en marcha. (G3)

6.3.2. Evaluación de las prácticas en centros sanitarios públicos desde el modelo de prácticas externo

Pasemos ahora a las carreras cuyo modelo de prácticas tiene como única posibilidad la realización de las mismas en centros de trabajos del sector privado y, por tanto, no tienen ningún tipo de convenio con centros del SSPA. Como adelantábamos más arriba, esto suele repercutir en una falta de control y en la desvinculación de la facultad de las prácticas de los alumnos. Este hecho no tendría por qué derivarse necesariamente de la realización de prácticas en empresas privadas, pero la comparación entre estancias en centros públicos y privados así lo indica. En los grupos y entrevistas se sugirieron algunas posibles causas. En primer lugar, el SSPA (especialmente los hospitales) está estrechamente ligado a la formación universitaria desde hace décadas, y por lo tanto posee una metodología muy consolidada. Además, la figura del alumno en prácticas es familiar, los trabajadores de plantilla están acostumbrados a ellos. Las prácticas en empresas en cambio es una modalidad más reciente y por tanto sus profesionales tienen menos experiencia en el trato con el estudiante. Asimismo, a falta de nuevos mecanismos de vigilancia, es más difícil controlar lo que ocurre con el alumno en el sector privado que en el público, donde las tareas del alumno y las del profesional están más formalizadas y objetivadas. Recordemos por ejemplo las diferencias que establecen los estudiantes de farmacia entre el hospital y la farmacia comercial como destinos de la formación práctica.

Las carreras que realizan sus prácticas exclusivamente en centros privados tienen en común el carácter voluntario de sus prácticas. Fuera de esto, las titulaciones que disponen de este modelo de formación práctica no comparten nada más, pues presentan características muy diferentes entre sí. Por un lado tenemos la diplomatura de óptica, a la que hemos englobado al principio del texto, dentro de los estudios sanitarios de orientación clínica media, mientras que el resto de carreras incluidas en este epígrafe -física, biología, bioquímica y química- tienen una baja orientación clínica, es decir, están orientadas preferentemente a destinos profesionales diferentes a la salud y lo sanitario. Esto hace que presenten diferencias notables entre ellas.

En las carreras de baja orientación clínica la mayoría de los alumnos desconocen o descartan la posibilidad de optar por una especialidad en ciencias de la salud. Para estos estudiantes la salud es un

campo generalmente ajeno, pues no se les forma para trabajar en el sector sanitario. Ni siquiera se les informa de que tal posibilidad existe. Excepcionalmente, en los últimos tiempos los físicos parecen estar comenzando a familiarizarse algo más con el campo de la radioterapia y la radiografía, lo que les abre la posibilidad de encontrar un empleo en los hospitales. De hecho ya existe un master de esta especialidad, enfocado al trabajo en centros sanitarios. De todos modos durante la licenciatura la tendencia generalizada sigue siendo el desconocimiento del mundo de la salud en general. No es hasta el último año de los estudios universitarios, e incluso ya licenciados (es decir, cuando comienzan a buscar un empleo), que estos alumnos se enteran de que sus especialidades tienen también una aplicación sanitaria, y que sus títulos pueden darles acceso al SSPA. En otras palabras, toman contacto con el sector sanitario de un modo muy tardío y como medio de encontrar un empleo estable. En consecuencia, son los profesionales con menor vocación e interés por lo sanitario de todo el sector, los que consideran el trabajo en el SSPA de un modo más instrumental. A pesar de todo, en las entrevistas los R1 de estas especialidades se mostraban entusiasmados por haber conseguido una plaza en el SSPA y muy predispuestos a encaminar su carrera profesional hacia lo sanitario.

Respecto a la diplomatura de óptica, cuyos alumnos se identifican en mayor medida que los anteriores con el sector sanitario, cabe señalar que su sistema de prácticas tiene un elemento excepcional: el carácter optativo de sus prácticas, algo excepcional tratándose de una carrera de orientación clínica media y que diferencia a esta carrera de las demás titulaciones sanitarias próximas a ella. Esta situación es motivo de disgusto entre los alumnos, los cuales no ven saciada su curiosidad únicamente con las prácticas de laboratorio. Como hemos ido viendo, las prácticas no sólo permiten aplicar los conocimientos aprendidos, también ayudan al alumno a experimentar la dinámica de su futura profesión, algo que los estudiantes de óptica se lamentan de carecer. La falta de contacto con el paciente real es una queja constante de los alumnos de esta diplomatura. Son conscientes de encontrarse en una situación excepcional, sobre todo si la comparamos con otras diplomaturas de características similares donde -con más o menos tiempo- ningún estudiante termina la carrera sin haber tenido al menos una experiencia con los que serán sus futuros pacientes. Precisamente por ello, los alumnos de óptica se muestran excesivamente inseguros de sus capacidades para explorar y diagnosticar a los pacientes, que será la situación más común en su vida laboral.

La falta de oportunidades para realizar prácticas en centros del SSPA contrasta con un vivo interés por hacerlas. Su caso es muy similar al de los estudiantes de nutrición, que tampoco son un cuerpo reconocido dentro del personal sanitario, lo cual no impide que dispongan de convenios regulados para hacer prácticas en hospitales. Lo que, en definitiva, se desprende de su discurso es su disgusto con lo que consideran falta de iniciativa de las instituciones académicas, el escaso interés de su Escuela para intentar hacer un hueco a sus alumnos en la sanidad pública. A día de hoy el único papel que juega su Escuela en las prácticas optativas es el de mero trasmisor de ofertas y demandas entre empresas y alumnos, es decir, el de una bolsa de empleo:

H: Si tú le pides a una óptica que te contrate (...) estás durante trescientas horas, me parece que son, supervisado por un óptico diplomado. Ahí teóricamente haces lo que vas a hacer durante toda tu vida. Ahora lo están llevando más a rajatabla, porque antes era un cachondeo, llegabas allí y estabas limpiando gafas, con los líquidos y poco más, no hacías nada de graduar, ni ver casos especiales, ni nada de eso. (...) Es que llegamos siempre a lo mismo, la carrera está muy dirigida a la física, todo está guiado a meterse en una empresa dedicada a hacer mejores lentes y poco más. (G2)

En síntesis, todo lo anterior nos sirve para advertir que existen varios grupos de alumnos que, por el descontento que presentan con las prácticas en empresas, son potenciales alumnos de prácticas hospitalarias. La diferencia reside en que los pertenecientes a titulaciones de baja orientación sanitaria (biólogos, físicos, bioquímicos y químicos) ignoran la posibilidad de especialización en ciencias de la salud que otorga su carrera y, por tanto, no demandan prácticas sanitarias. Mientras que los ópticos reivindican activamente que exista esta posibilidad, que se les ponga en contacto con el paciente y el mundo de la salud pública, donde aún no han obtenido el reconocimiento institucional que desean:

H: Nosotros estamos como un complemento al médico, al oftalmólogo y al enfermero. Si estamos enfocados a la sanidad, ¿por qué no equipararnos con ellos? (G2)

H: A mí lo que me gustaría es que estuviera dirigido hacia la sanidad, meterme en un hospital y estar allí en contacto directo con el médico, con un oftalmólogo, con un enfermero... (G2)

6.4. Aprendiendo de las prácticas internas

Esta modalidad también carece de prácticas en centros del SSPA, puesto que transforma la propia facultad en un centro sanitario, pero merece ser destacada por constituir el tipo de práctica que mayor satisfacción produce entre los alumnos que integran las carreras que optan por este modelo. Resulta interesante conocer sus características básicas, para comprobar si alguna de ellas puede ser exportable a las prácticas en centros del SSPA. En realidad, esta modalidad de prácticas es valorada tan positivamente por los estudiantes porque equilibra los dos elementos que hemos señalado como claves en la satisfacción de una estancia: la participación y el tutelaje. De hecho, en las tres carreras que aplicaban este modelo (la licenciatura de odontología y las diplomaturas de podología y logopedia) encontramos a los alumnos más implicados y satisfechos con sus prácticas y con su formación en general. De las tres titulaciones que lo emplean, la consulta más perfeccionada y con más años de rodaje es la de odontología, mientras que las otras dos titulaciones, como veremos a continuación, no llegan a cubrir aún todos los aspectos que integra la primera. Pese a ello, estos alumnos están también bastante satisfechos con su experiencia, aunque reconocen que se podría mejorar.

Al igual que en los otros modelos, el de prácticas internas se basa en el triángulo que forman paciente, alumno y tutor. La diferencia es el contexto en el que éstos se desenvuelven, pues en lugar de ser un centro externo de trabajo -público o privado- es una consulta inserta en las dependencias de la propia facultad. Sin embargo, esta consulta posee determinadas características que la diferencian de un centro del SSPA y de una clínica privada. Se encuentra abierta al público general, sin que su funcionamiento administrativo difiera del de otros centros: el paciente pide hora y acude a la consulta cuando se le indica. Ahora bien, éste no es atendido por profesionales, sino por alumnos que se encuentran bajo la supervisión de uno o varios profesores que están al cargo de la consulta. Ambas partes son conscientes del recelo que puede suscitar este hecho en los pacientes. No obstante, el servicio se mantiene en funcionamiento en los tres casos en los que se ha puesto en marcha, lo que indica que dicha desconfianza es más bien pasajera. El precio al que se ofertan las consultas es más bajo que el precio de mercado, porque no es una actividad destinada al lucro, y todo el dinero que ingresan los alumnos a través de esta vía es reinvertido en el mantenimiento de la propia consulta. Esto es, no obtienen ningún tipo de remuneración económica. La satisfacción parece proceder de la responsabilidad adquirida en dicha actividad y de la sensación de confianza que les induce el tener profesores pendientes en todo momento de su actividad. Dicho de otro modo: se les permite un alto grado de participación, pero no se les deja solos como a los residentes, la participación y el tutelaje encuentran el equilibrio al que aspiran todos los profesionales sanitarios en formación:

H: El dinero que se recoge ahí es para pagar materiales y demás. O sea, nosotros, por lo menos, creo que somos la única facultad que más o menos nos podemos casi mantener. Es decir, con el dinero que nosotros cobramos, o sea, que se le cobra a los pacientes, se paga el material y poco más ¿sabes? Que no necesitamos más dinero de lo que es la Universidad de Sevilla, del Estado... Entonces claro, nosotros, la responsabilidad que tenemos es con el paciente. (G1)

M: Estamos súper controlados y... Si tú haces cualquier cosa, tú tienes el profesor detrás. A lo mejor ni lo has llamado, lo tienes detrás mirándote, y si lo estás haciendo mal...

H: El profesor sabe bastante bien quien es el que va sobrado y el que no.

M: También está cada uno en eso, o sea, yo sé dónde está mi límite. A lo mejor no de conocimientos, pero sí de destreza manual o de técnica o de lo que sea. Yo eso no lo sé hacer, pues no me meto. Porque para qué me voy a llevar un disgusto personal... (G1)

Otro factor que influye para que este modelo sea el mejor valorado por los alumnos es el hecho de que las prácticas se realizan en las propias facultades, en el espacio de la formación, en el territorio que el alumno domina. Esto les hace sentirse más seguros, al contrario que alumnos de titulaciones cuyas prácticas se realizan en centros de trabajo, en los que el alumno se enfrenta a un ambiente extraño y en ocasiones incluso hostil a su presencia. Se trata, además, del modelo que conlleva una mayor implicación de la facultad o escuela en la organización de la formación práctica, lo cual hace que los alumnos perciban una preocupación real por su correcto desarrollo. Como hemos visto, en otras carreras sanitarias las instituciones académicas tienden más a descargar sobre el alumno la organización de las prácticas, lo que motiva que los estudiantes perciban un cierto desinterés de parte de la facultad o escuela y, por tanto, que la formación práctica no tiene el mismo valor que la teórica.

En resumidas cuentas, el modelo de prácticas internas maximiza la satisfacción y el aprovechamiento de la formación práctica, precisamente porque cumple con el objetivo último de la misma: conjugar aprendizaje y trabajo. No es de extrañar entonces que en los discursos de alumnos de las titulaciones que apuestan por este modelo no apareciesen sospechas de un posible abuso en las prácticas, de ser explotados o utilizados como mano de obra barata, impresión muy común en otras carreras. Los alumnos entienden que la actividad práctica siempre tiene un fin formativo, lo que despeja cualquier duda que pudieran tener al respecto.

Hay que aclarar que esta descripción se corresponde únicamente con el sistema que sigue la carrera de odontología. Las diplomaturas de logopedia y podología comparten la misma filosofía de este modelo, pero con algunos matices. Por ejemplo, los alumnos de podología poseen un gabinete dentro de su Escuela, en el que atienden a los pacientes que lo soliciten pero el tiempo destinado a prácticas es menor y en muchos de los casos no tienen un paciente para cada alumno, sino que es uno el que explora y el resto observan y toman notas:

M: En cada grupo somos diez personas, y cada día puede haber unos tres pacientes, tres o cuatro, y no damos...

M: Nosotros vamos un día a la semana y a lo mejor no hacemos prácticas, lo ves y ya está, y con eso te tienes que conformar.

H: Sí, muchas veces vas y te quedas mirando, porque a lo mejor ya están asignadas y el profesor dice: "Hoy haces tú, hoy tú..." Tú muchas veces te quedas allí y bueno, a mirar y a apuntar. Tenemos una libretilla en la que tenemos que apuntar a cada paciente lo que se le hace, para estar más o menos atendiendo y eso. Ahora han puesto una lista a la que nos vamos apuntando y la profesora más o menos va mirando quién ha hecho, quién no, y quien no las haya hecho va... (G2)

H: Este año estamos en la clínica de la universidad, una vez por semana cada grupo, y allí ya se ve todo lo que llegue, plantillas, papilomas, lo que sea. Pero con una vez a la semana que tengamos prácticas no es suficiente. (G2)

No obstante, pese a estos pequeños fallos el alumno en general está bastante satisfecho con sus prácticas, ya que se asume la responsabilidad que supone tratar a un paciente, aunque el número de veces no sea el ideal para ellos. Por otro lado perciben que cumple también la premisa del tutelaje efectivo en la clínica:

H: Pues es una clínica de podología normal, como las que te puedes encontrar en la calle, lo que pasa es que los alumnos los días de prácticas estamos allí y nos dejan trastear más o menos.

M: Trastear significa que nos dan a nosotros los pacientes.

H: Sí, nos dejan tratar y todo esto. (G2)

M: Las de tercero de este año, desde el primer momento cuando tú atiendes a un paciente la profe-

sora está pendiente... (G2)

M: En realidad las prácticas están bien porque eso es lo que llevábamos buscando tres años, tratar pacientes, llegar a la clínica y... (G2)

La Escuela de Logopedia posee igualmente un gabinete interno de acceso público. Sin embargo sus características lo asemejan más a un gabinete privado (precios de mercado, intervención de profesionales...) que a una consulta de prácticas. La novedad que presenta el sistema que se utiliza en esta titulación es que dicho gabinete sirve de "escaparate" para que los alumnos puedan observar cómo se lleva a cabo una intervención con un paciente. La consulta dispone de una habitación anexa, que es en realidad una cámara oscura donde se encuentran los alumnos que pueden observar la intervención del profesional (el cual suele ser uno de los profesores de la escuela) sin ser vistos. Pese a que en este sistema el alumno no interviene directamente en la práctica, sino que su papel queda relegado al de mero observador, la satisfacción parece proceder de la cantidad de este tipo de observaciones, así como de la posibilidad de saber qué sucede dentro de una consulta y cómo se ha de tratar a un paciente. Y es que como se ha comentado anteriormente, este parece ser el aspecto que más inseguridad causa en los alumnos, puesto que, a pesar de que puedan dominar los conocimientos académicos, sienten que adolecen en general de habilidades clínicas:

M: Nosotros, logopedia... A ver, nosotros estamos muy contentos porque tenemos prácticum los tres años de la carrera (...) hay una logopeda y viene un paciente, cada uno con el problema que tenga, y ella... Hay como un cristal así negro y nosotros vemos cómo ella evalúa, que es lo que a nosotros nos interesa (...) Por lo general yo no tengo queja.

M: Está pegado a la facultad y somos 15 personas o 20, y vamos allí y vemos cómo la logopeda ó la foniatra evalúa a un paciente, y ya está. No intervenimos, simplemente miramos, y ya está.

M: Es un servicio que tiene la propia facultad, que entra dentro de la programación... (G3)

M Yo el tema de las prácticas lo veo bastante bien (...) porque es que nos están enseñando cómo va a ser nuestro trabajo. Es que allí hacen lo que hacen en su consulta. Igual son pacientes que yo... sabes que hay gente detrás que los informa, pero es lo mismo, son casos reales. Yo eso sí lo veo bien. (G3)

Por último, debemos mencionar otra diferencia que separa a logopedia y podología de la versión más pura del modelo de prácticas internas presente en la carrera de odontología. Y es que en ambas carreras las prácticas internas se combinan con prácticas en centros externos en uno de los cursos. En ningún caso se trata de un centro público, ya que ninguna de las dos titulaciones está reconocida por el SSPA, sin embargo los alumnos parecen estar contentos con esta modalidad tan variada de prácticas:

H: En primero no teníamos prácticas propiamente dichas, eran asignaturas y dentro de ellas había una parte práctica. En segundo ya empezamos a tener una asignatura práctica que se llama CPI, Clínica Podológica Integral, íbamos a las residencias de ancianos los jueves y los viernes, dos grupos por día, y nada, íbamos allí a cortar uñas y eso, y es lo que hicimos durante todo el curso. (G2)

H: También hemos salido a gabinetes algún día, por grupos este año, pero el que viene ya tenemos que hacer otras [prácticas].

H: En gabinetes, hospitales, colegios donde tú elijas y te den la nota para entrar. (G3)

Modelo en adopción

La buena acogida que este modelo tiene entre alumnos y profesores está motivando que otras carreras barajen la posibilidad de acogerse al mismo. En especial las nuevas diplomaturas sanitarias, que parten de cero y suelen ser más creativas y con más iniciativa a la hora de implantar sus estancias prácticas. La desventaja a la hora de realizar convenios con los hospitales, recordemos que dichas es-

pecialidades muchas veces aún no han sido reconocidas por el SSPA, imposibilita a sus alumnos tener hueco dentro de los centros públicos. Esto obliga a las instituciones a buscar alternativas para completar la formación práctica de sus alumnos. Es cierto que con el paso del tiempo parece que la mayoría de estas especialidades tienden a integrarse en los centros de salud, aunque sea acogidos provisionalmente como autónomos. Esto, unido a las expectativas que albergan los alumnos respecto a poder realizar prácticas en centros públicos, facilitará probablemente la posibilidad de realizar convenios futuros entre el SSPA y las facultades y escuelas.

Mientras tanto, la opción de la consulta integrada en la propia Escuela seguirá siendo una opción válida para las nuevas diplomaturas sanitarias. Cada vez más están optando por la vía de ofertarse públicamente, a fin de conseguir generar una demanda a la que atenderán en sus propios centros educativos. Dos de estas titulaciones son terapia ocupacional y nutrición, cuyos alumnos comentaban esta posibilidad:

H: Pues ahora mismo falta un poquito más de intervención, igual, porque ahora estamos solo evaluando, no hacemos intervención. Pero el año que viene, como sea público eso... os preparáis, porque nosotros este año las prácticas las han publicado en un periódico y ha llamado muchísima gente, ¿eh?

M: Pero nosotros estamos llamando a las asociaciones.

H: Publicaron que se hacían gratis las prácticas y estuvieron llamando todo el rato para que las evaluáramos.

M: En nuestro caso han llamado, han mirado y han mandado correos, han llamado por teléfono... (G3)

6.5. Otros modelos de referencia

Hasta aquí los modelos reales de prácticas que existen en el panorama de las carreras sanitarias. Empero, resulta igualmente interesante atender a los modelos aspiracionales, es decir, aquellos que los alumnos tienen como referencia en sus discursos y en base a los cuales evalúan su propio modelo. El caso paradigmático lo constituye el modelo de enfermería en el discurso de los alumnos que cursan diplomaturas de ciencias de la salud. Enfermería es una diplomatura con mayor tradición que el resto en el ámbito académico y, por tanto, con un sistema de prácticas más consolidado y perfeccionado a lo largo del tiempo. Otro de los factores que favorece esta solvencia es la predisposición de los hospitales a ofrecer plazas para prácticas. En este sentido, la comunicación hospital-universidad es mucho más fluida que el caso de las nuevas titulaciones que suelen tener poca o ninguna representación en el personal hospitalario. Lo que más atrae de este modelo es la idea de separar temporalmente el espacio de las prácticas y el de las clases teóricas. Además, en el modelo de enfermería los alumnos comienzan sus prácticas hospitalarias en el primer curso, lo cual se correspondería al reclamo generalizado de introducir mayor tiempo de prácticas en los planes de estudios.

H: Es que necesitamos estar en contacto diario, como los enfermeros, desde el primer curso con la sanidad.

H: Tú ves la carrera de enfermería y desde el primer curso en el segundo cuatrimestre ya están dando prácticas, miércoles, jueves y viernes todas la semanas, o sea que ya son tres días, ya llevan más que nosotros, y en segundo más de lo mismo, y en tercero igual, casi todo el curso práctico, entonces ellos a lo mejor no salen muy... pero salen bien preparados. (G2)

Otro modelo al que se hizo mención entre los alumnos de diplomaturas, aunque en bastante menor medida que el anterior, fue el de la FCT (Formación en Centros de Trabajo). Éste es el sistema de prácticas que se lleva a cabo en los ciclos de formación profesional, y se caracteriza igualmente por una separación total del tiempo lectivo en clases teóricas y el tiempo de prácticas. Lo cual redundaba de nuevo en la idea de que, más allá del modelo que se ponga como ejemplo, la idea última que persiguen

los estudiantes es la de impedir el solapamiento de tiempos de clase y de prácticas en su formación:

M: [Las prácticas] deberían ser más tiempo y no deberían ser durante las clases, o sea que por ejemplo hubiera dos meses de prácticas y que no hubiera clases, porque compaginar las prácticas por la mañana y las clases por la tarde, teniendo en cuenta que la universidad está muy lejos, era muy difícil, y muchas personas no han podido ir a ninguna clase porque tenían las prácticas por la tarde. Eso debería estar mejor organizado, o que no haya clases o que el horario sea más flexible para poder ir a las prácticas y a las clases. Eso debería cambiarse, porque yo creo que nosotros hemos pagado una matrícula y tenemos derecho a ir a las clases, no se debe solapar una cosa con la otra. (E6)

Las licenciaturas en cambio carecen en general de un modelo ideal articulado al que referir sus discursos sobre las prácticas. Creen, en abstracto, que todo se podría mejorar pero no saben cómo:

M: Se podría hacer mucho más, y se podría aprender y también muchas veces se podría motivar más. (G1)

Lo esperable sería que, al igual que las diplomaturas tienen como referencia una carrera sanitaria homóloga, pero con bastante más peso que la suya dentro del SSPA (la enfermería), los estudiantes de licenciaturas hubieran hecho lo propio con la carrera de medicina. Sin embargo, ésta no aparece en sus discursos a modo de referente, sino como antagonista. Probablemente la distancia que existe respecto al rol social del médico -y su alto estatus- tal y como analizábamos al principio les impida articular su propio modelo ideal partiendo de esta figura.

7. CONCLUSIONES

Es hora de recapitular y hacer repaso de los principales resultados del estudio. Como hemos podido comprobar, una de las características más señaladas de nuestra muestra ha sido la heterogeneidad y diversidad de situaciones de los estudiantes de carreras sanitarias. En las páginas siguientes trataremos de sintetizarlas, encontrar los puntos en común más importantes y exponer las conclusiones que se desprenden de todo ello.

Estudiantes de Medicina

Los estudiantes de medicina tienen una autopercepción de sí mismos constituida por su condición de estudiante y su futuro rol profesional. La relativamente alta certeza en cuanto a su ejercicio profesional y la convivencia con el entorno profesional (por el alto contenido de prácticas de su carrera universitaria y a menudo la pertenencia a familias que cuentan con varios médicos) tienen como consecuencia que el rol profesional pese mucho más en su identidad que en la mayoría de estudiantes universitarios de carreras sanitarias.

Los estudiantes de medicina perciben una situación de crisis del rol profesional de médico, recogiendo discursos que circulan en la profesión. La posición más sólida y exigente de los usuarios, la percepción de proletarización o funcionarización, y la burocratización, serían los elementos que provocan dicha crisis.

Aún así, el discurso de los estudiantes tiende a aceptar dichos cambios en un alto grado, lo que indica claramente un avance en las nuevas concepciones de la salud y lo sanitario. La certeza en cuanto a su futuro profesional (buena parte de ellos tienen confianza en conseguir desarrollar su profesión en el sistema público) compensa la citada crisis del rol preeminente del médico en la sociedad.

Esta aceptación es menor en los estudiantes con padres u otros familiares cercanos a la profesión. En términos generales, dichos estudiantes sustentan un discurso que se aproxima más al rol profesional que el resto.

En este sentido, es reseñable la percepción extendida entre los estudiantes de la existencia de des-

igualdades en función de la disponibilidad de redes familiares en la profesión. El acceso a las prácticas voluntarias y el diferente trato en las obligaciones serían sus manifestaciones más relevantes.

En cuanto a la percepción de su formación, los estudiantes de medicina valoran muy positivamente los contenidos prácticos, entendiendo que sus estudios adolecen de un exceso de contenidos teóricos.

Así, los estudiantes de medicina aprecian el desarrollo institucional favorable a la implantación del modelo universitario anglosajón (frente al continental, de más tradición en Andalucía) impulsado desde la Unión Europea, el popularmente denominado Plan Bolonia.

Esto no evita las críticas al modo en que se está implantando el mismo hasta la fecha. La principal es la existencia de lo que los estudiantes denominan “falsos créditos prácticos”, créditos prácticos que forman parte del currículum universitario (con el coste correspondiente en tasas académicas) y que sin embargo son cubiertos con sesiones de contenido básicamente teórico, o con prácticas de laboratorio que consideran desfasadas.

A pesar de todo ello, la sólida formación teórica es considerada como central en su rol profesional (caracterizada más por el decidir, por la prescripción, que por el hacer, la asistencia). Entienden que la facultad decisora y prescriptiva es central en su oficio.

Así, la correcta articulación de formación teórica y práctica es la principal de sus demandas. Ésta vendría a concretarse en una secuenciación adecuada de una y otra (impartición de contenidos teóricos con anterioridad a la práctica correspondiente en centros sanitarios) y la suficiente separación temporal de ambas (periodos exclusivos para formación teórica y para formación práctica).

La principal dificultad en las prácticas es la falta de valoración en el currículum. Desde el punto de vista de las calificaciones, las prácticas suponen un trámite obligatorio, pero que no es valorado con calificación alguna, por lo que no influye en el expediente académico.

Otro motivo de insatisfacción es la falta de evaluación y el escaso control que los tutores realizan de las prácticas. El contacto con los mismos es extremadamente variable, no evidenciándose protocolo alguno.

El sistema de aprendizaje por competencias es desconocido por la mayoría de los alumnos, que desconocen los objetivos concretos de su aprendizaje práctico.

Las prácticas suponen un primer contacto con el mundo profesional que, a pesar de las insuficiencias, es muy valorado por los alumnos. Las prácticas voluntarias (que se desarrollan por decisión libre del alumno los tres primeros años) son bien valoradas por quienes las realizan, por adelantar dicho contacto y porque se suele contar con la motivación de los profesionales del servicio, ya que de ésta depende la realización de dicha práctica.

Estudiantes de Enfermería

Al igual que los estudiantes de medicina, los de enfermería tienen una perspectiva más profesional que la mayoría de estudiantes sanitarios, también como consecuencia del peso de las prácticas en su formación.

Los estudiantes presentan en sus discursos una dualidad con respecto a los médicos, una relación de complementariedad y conflicto ya histórica, que se visualiza en el par decidir/asistir, cuyos polos son preponderantes en cada una de las dos profesiones.

El par también funciona como eje en la definición de la propia profesión. En términos mayoritarios se entiende que la tarea de enfermería consiste principalmente en asistir o curar, siendo los elementos de decisión residuales. Sin embargo, parte del colectivo defiende la construcción de un espacio científico y profesional propio, en el cual las posibilidades de decisión y prescripción son centrales.

La alineación de los estudiantes de enfermería en uno de los dos polos de la definición de la profesión está influida por el género. Las mujeres son más propensas a una definición de la profesión en términos asistenciales que decisorios; por el contrario, en el grupo que sostiene la mayor definición de un espacio propio para la disciplina predominan los estudiantes masculinos.

Los estudiantes de enfermería tienen una percepción muy positiva de la formación práctica y, al igual que los médicos, creen que es una dimensión a potenciar, en la línea de las reformas puestas en marcha en el sistema universitario por la adaptación al EEES. Las prácticas en centros sanitarios son, además, las mejor valoradas.

La crítica más habitual a su formación refiere a la separación de la teoría y la práctica, la cual estaría provocada por la falta de comunicación entre los tutores universitarios y los laborales. Al igual que sucede en otras profesiones sanitarias, la dejación de funciones por parte de los tutores laborales incide en un abandono de los alumnos en prácticas, que carecen así de una figura de referencia de la que aprender.

A su vez, la falta de comunicación entre universidad y centro de trabajo, es decir entre teoría y práctica, tendría su origen en la inexistencia de marcos normativos y mecanismos de control en la formación práctica. Esto provoca que la responsabilidad del aprendizaje se desplace hacia el propio alumno, que depende de establecer buenas relaciones con el personal de los centros donde realizan las prácticas.

Por la misma razón, el sistema de evaluación de las prácticas se encuentra muy devaluado entre los estudiantes de enfermería. Teniendo en cuenta que los responsables de su evaluación no les han acompañado durante el periodo, los estudiantes creen que la nota que puedan recibir de éstos no corresponden a la realidad, sino que es completamente subjetiva.

Otros aspectos de la formación práctica que merecieron sus críticas fueron la insuficiente rotación (que les hace tener aprendizaje en sólo una serie de unidades o técnicas), y la rutinización de las tareas (la repetición de las mismas tareas, que disminuiría el contenido de aprendizaje en beneficio de la pura ejecución de una tarea profesional).

Otras carreras sanitarias

Las restantes carreras sanitarias tienen un peso considerablemente menor en el sector. Conforman un grupo de gran diversidad, en el que, no obstante, podemos señalar una serie de rasgos comunes a todas las titulaciones, lo que nos ayudará a formarnos una visión global del campo sanitario:

Alta valoración del aprendizaje práctico: existe un común denominador a todas las titulaciones aquí analizadas, que vendría a constituir el marco o idea de fondo de la que parten sus discursos. No sólo ningún alumno cuestiona la relevancia del aprendizaje práctico, sino que los conocimientos que éste proporciona son los más valorados de su formación. Frente a la poca utilidad que los estudiantes sanitarios encuentran en el aprendizaje teórico, las principales ventajas que observan en las estancias en centros de trabajo radican en la posibilidad de probar diferentes salidas profesionales antes de elegir especialidad, mitigar la inseguridad que produce el trato con el paciente y tomar contacto con su futuro entorno laboral. Además, se percibe el proceso de aprendizaje práctico como más rápido y ameno, lo que contrasta vivamente con la soledad y el tedio que caracterizarían el aprendizaje teórico.

Tiempo insuficiente: el tiempo dedicado a las prácticas les resulta claramente insuficiente. Esta valoración se produce en los discursos de todas las titulaciones, al margen del número de horas que dedique cada plan de estudios a esta actividad.

Plan Bolonia: probablemente la valoración del punto anterior esté influida por el contexto de cambio que vive la universidad en estos momentos. No en vano, las referencias al Plan Bolonia afloraron en la mayoría de los grupos. Como ya comentamos, el proceso de reforma europea trae consigo una nueva filosofía académica, en la que lo práctico y lo aplicado tienden a predominar sobre lo teórico.

Inadecuación de la formación al ejercicio profesional: los alumnos con los que entrevistados, todos ellos en el último año de su formación, tienen una autopercepción bastante negativa de sus capacidades como futuros profesionales. La mayoría considera que los conocimientos adquiridos a lo largo de su vida universitaria no son suficientes para poder ejercer el trabajo que les corresponde, y que están abocados a continuar su formación, principalmente a través del postgrado.

Percepción de la universidad pública: al mismo tiempo que mantienen un discurso crítico acerca de su formación, su percepción de la universidad pública frente a la privada es bastante positiva. No sólo porque los propios alumnos tienen una buena opinión de la misma, sino porque perciben que en el mundo profesional se valora y reconoce mucho más un título de la universidad pública.

Participación y tutelaje: estas dos dimensiones se revelaron como las más influyentes en la valoración final que los alumnos tienen acerca de sus prácticas. Los alumnos que más satisfacción muestran al respecto son aquellos en los que se percibe un equilibrio entre la posibilidad de participación ejecutiva del alumno y un tutelaje efectivo por parte de los formadores. Ahora bien, la mayoría de los estudiantes manifestaron que en sus prácticas tendía a predominar uno de los dos extremos. O bien se les abandona para que realicen tareas propias de profesionales sin supervisión alguna, o bien se reduce la práctica a la observación del trabajo de los profesionales, sin posibilidad de participación. Esto contribuye a que muchos de ellos vean defraudadas las altas expectativas que tenían acerca de la formación práctica.

Coordinación de tiempos: otro de los aspectos más ampliamente compartidos por los alumnos fue la demanda de una clara separación de tiempos entre las horas teóricas y las estancias en centros de trabajo. Como ya se dijo, el modelo de enfermería es uno de los referentes más claros para la consecución de este objetivo. La mayoría de estudiantes se lamentaba de la pérdida de tiempo que suponían los desplazamientos desde la universidad al lugar donde se realizara la práctica. Así, para llegar a tiempo a las clases debían reducir constantemente el tiempo de la práctica. La solución propuesta fue la separación de ambos en dos tiempos diferenciados y consecutivos en el curso académico que, en primer lugar, se dedicaran a las clases y en segundo lugar a poner en práctica los conocimientos adquiridos mediante estancias en centros de trabajo.

Desconocimiento acerca del contenido de la práctica: muchos de ellos desconocían la existencia de un programa que estableciera los contenidos y objetivos de su formación práctica, con lo que se acrecentaba la percepción de desorientación típica al abandonar la universidad y adentrarse en la esfera laboral.

Desconocimiento acerca del sistema de evaluación: el desconocimiento acerca de los criterios de evaluación de las prácticas era generalizado, así como el mecanismo con el que es valorado su aprendizaje. La mayoría llegaban a la conclusión de que son evaluados en base a la memoria que ellos mismos redactan y en base a la puntuación otorgada por el tutor profesional. Sin embargo, se desconocían los aspectos que podían conformar ésta última. No obstante, la mayoría señaló la posibilidad de que se valoraran -siempre en términos especulativos- elementos del sistema de formación por competencias, por el que están apostando tanto el sistema educativo como el SSPA. En todo caso, ninguno de los alumnos de estas titulaciones se refirió explícitamente a la "evaluación por competencias", lo que indica un desconocimiento bastante generalizado del mismo.

Como ya hemos señalado al principio, estos son los rasgos comunes que encontramos en los sujetos participantes en este estudio. No obstante, nos encontramos ante una muestra que se caracteriza por su diversidad. Por ello, cabe recordar las dos dimensiones que, por los resultados del estudio, más influencia ejercen en las tomas de posición de los estudiantes de carreras sanitarias:

a) La orientación clínica: las titulaciones sanitarias presentan diferentes grados de orientación hacia la actividad clínica, es decir, al trato con el paciente. Existen titulaciones (como por ejemplo la de medicina y enfermería) para las que este tipo de práctica es casi exclusiva en su desarrollo profesional. No obstante, existen otras profesiones sanitarias que también la incluyen como parte de su labor profesional, aunque en menor grado. Especialmente porque, aunque dichas carreras están reconocidas como sanitarias, no tienen

sus salidas laborales limitadas únicamente a esta vía. De esta manera tendríamos tres categorías dentro de las profesiones sanitarias:

Carreras de alta orientación clínica: constituida por medicina y enfermería.

Carreras de orientación clínica media: conformada por las licenciaturas de psicología, veterinaria, odontología y las diplomaturas de podología, óptica, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrición y logopedia.

Carreras de baja orientación clínica: donde encontramos las titulaciones de biología, física, química, bioquímica y farmacia.

b) La orientación sectorial: referida a la orientación preferente de cada profesión sanitaria hacia el empleo en el sector público o privado. La clasificación dentro de uno u otro sector se hace atendiendo a la demanda de ellos por parte del SSPA. De esta manera encontramos:

Carreras de orientación sectorial pública: enfermería y medicina, que son las profesiones que conforman la columna vertebral de nuestro sistema sanitario.

Carreras de orientación sectorial mixta: con posibilidad de ser demandadas por uno u otro sector, como por ejemplo farmacia, psicología, odontología, terapia ocupacional, fisioterapia, veterinaria, física, química, biología y bioquímica.

Carreras de orientación sectorial privada: estas carreras no reciben demanda de empleo del SSPA, al no tener definidas las competencias profesionales de dichas titulaciones o estar éstas englobadas como propias de especialidades médicas. Además suelen ser estudios de reciente creación: nutrición, logopedia, podología y óptica.

En cuanto a los modelos de prácticas, no existe un único modelo equiparable a todas las carreras sanitarias. Muy al contrario, en el estudio hemos encontrado al menos tres grandes tipos. Se definen por el lugar en el que se desarrollan las prácticas y el papel que ocupa la facultad en la organización de las mismas. En base a ello se estableció la siguiente clasificación:

Modelo de prácticas internas: se caracteriza por la constitución dentro de la propia facultad o escuela universitaria de una consulta, en la que se presta un servicio público y en la que los alumnos pueden realizar prácticas con pacientes reales (podología y odontología), o bien observar cómo sus profesores pasan consulta (logopedia). Una organización que requiere necesariamente una alta implicación de la facultad.

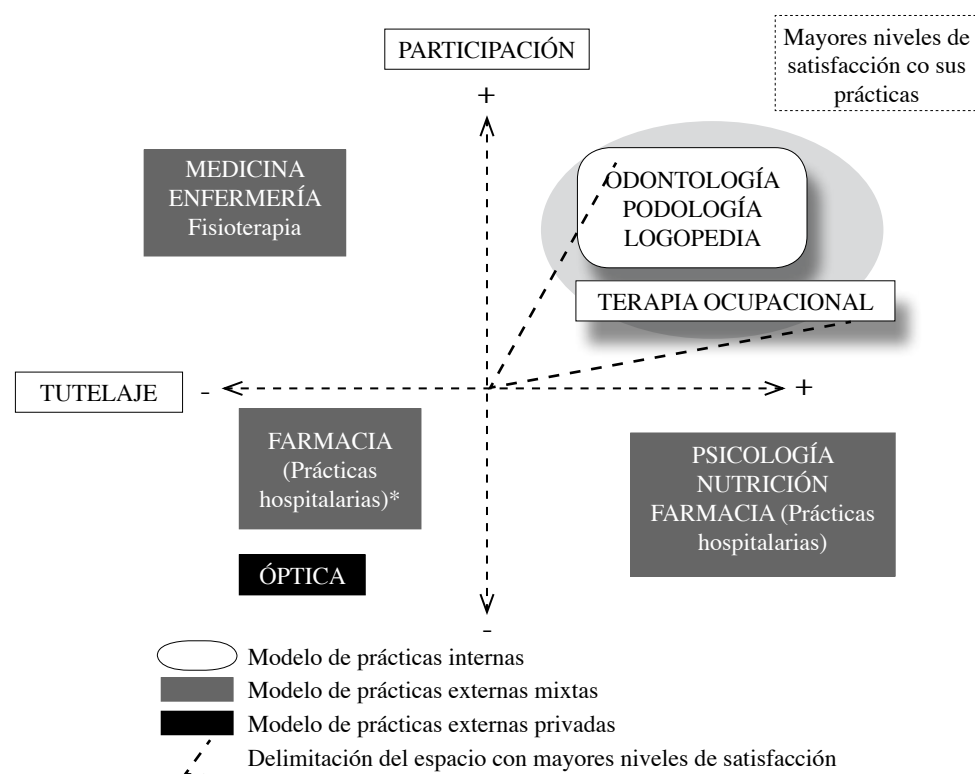
Modelo de prácticas externas mixtas: en las que se ofrece al alumno la posibilidad de elegir el lugar donde realizará las prácticas, bien en un centro público, bien en un centro privado, o bien dividiendo el periodo de prácticas entre ambos. Aquí el grado de implicación de la facultad en la organización de las prácticas disminuye respecto al modelo anterior, siendo máximo en la opción de las empresas privadas. Las licenciaturas y diplomaturas que se ciñen a este modelo son veterinaria, psicología, farmacia, nutrición, terapia ocupacional y fisioterapia.

Modelo de prácticas externas privadas: se corresponden con aquellas prácticas que se realizan exclusivamente en centros privados externos a la facultad. En este caso no existe la posibilidad, normalmente por falta de convenios, de realizar el periodo de prácticas en un centro del SSPA. Es por ello que la oferta de prácticas se ciñe exclusivamente al mercado privado, lo que influye en la disminución del grado de implicación que la facultad tiene en la organización de las prácticas. Así, en este modelo se suele dejar en manos del alumno la búsqueda del establecimiento donde pretende realizar la práctica. Es el modelo que presenta los niveles más altos de desconocimiento acerca de la existencia de un programa de objetivos que regule la formación práctica. Se incluyen las carreras que hemos llamado de laboratorio (biología, física, química y bioquímica) y la diplomatura de óptica.

Por otro lado, no en todas las carreras sanitarias la formación práctica es obligatoria. En la mayoría la

formación práctica aparecen expresamente señalada en el plan de estudios. En cambio en otras se trata de una cuestión opcional y voluntaria, se llevan a cabo en periodo estival y posteriormente se convalidan con créditos de libre elección. Además, normalmente suelen ser remuneradas, lo que desvirtúa el rol académico de las prácticas. Se trata de las carreras de biología, física, química, bioquímica y óptica. En medicina existe un modelo similar en los dos primeros cursos, comenzando las prácticas obligatorias a partir de tercero.

Con hemos ido viendo, a medida que se externalizan las prácticas, las facultades muestran menos interés por las mismas y, en consecuencia, éstas tienden a adquirir un carácter optativo. El papel formativo de las prácticas voluntarias es, en opinión de los alumnos, bastante menor que en el resto de modelos, en las que la formación práctica está integrada en el currículum académico del alumno. Por el contrario, a medida que nos aproximamos al modelo de prácticas internas, tanto la implicación de la universidad en la organización de la formación práctica y la satisfacción del alumno con la misma crece. Así pues, si tenemos en cuenta todas las dimensiones que, a tenor de los resultados del estudio, influyen en la percepción que los alumnos de las titulaciones sanitarias tienen de su formación práctica, obtendríamos una figura como la siguiente:



* Se ha decidido separar dentro de la titulación de Farmacia las prácticas en hospital y las prácticas en oficina de farmacia, por tener características muy diferentes entre sí, lo que hace que ocupen espacios totalmente diferentes en la gráfica. Se han eliminado del gráfico aquellas carreras que no ofrecían la posibilidad de realizar prácticas en centros del SSPA y de baja orientación clínica: las carreras de "laboratorio" (biología, química, física y bioquímica) y veterinaria, ésta última porque sus alumnos apenas contemplan la opción de trabajar en el SSPA. Se incluye, sin embargo, la diplomatura de óptica, por mostrar un mayor grado de orientación clínica.

Figura 14: Mapa de las carreras sanitarias en función a la satisfacción de sus alumnos con la formación práctica.

Como puede observarse, la clave de unas prácticas satisfactorias, óptimamente aprovechadas por los alumnos, reside, como hemos venido diciendo, principalmente en guardar el debido equilibrio entre participación y tutelaje. Esta es la razón por la que el modelo de prácticas internas es el que más satisface a los alumnos. Además, es el que implica más intensamente a las facultades y escuelas universitarias en la organización de las prácticas. Asimismo, los estudiantes de las titulaciones que optan por este sistema no sienten, como en ocasiones sucede a compañeros de otras carreras, que estén siendo víctimas de abusos, o que las prácticas sirven para emplearles como mano de obra barata. Todo ello a pesar de que no reciben compensación económica por su labor, pues, como ya sabemos, la recaudación de las consultas se reinvierte en su mantenimiento. Sin duda esto se debe a que los estudiantes perciben que sus prácticas es una actividad plenamente formativa, que su único objetivo es el aprendizaje, que sus profesores y la facultad misma se preocupan por enseñarles.

Por el contrario, muchos de sus compañeros procedentes de otras titulaciones terminan por ver defraudadas, al menos en parte, las grandes expectativas que tenían depositadas en la formación práctica. Es cierto que normalmente, pese a todas sus críticas, terminan por valorar positivamente el periodo, lo que nos indica cuanto aprecian las prácticas como medio de aprendizaje. Pero son conscientes de lo mucho que podrían mejorar, de la gran diferencia entre sus esperanzas y la cruda realidad de la formación práctica: la falta de implicación de las facultades; la dejación de las funciones docentes por parte de muchos tutores laborales; la imposibilidad de participar efectivamente en sus futuras tareas profesionales; la carencia en muchas ocasiones de toda regulación o control; la arbitrariedad de algunas evaluaciones... En síntesis: la descarga de la responsabilidad de formarse en el propio estudiante, de cuya iniciativa depende a menudo el aprovechamiento de la formación práctica. Todo ello unido motiva que los alumnos perciban que realmente las prácticas son un complemento a la formación teórica, que realmente las universidades no le conceden el mismo valor que a los conocimientos teóricos. Esto les desmotiva, de manera que las prácticas pierden parte de su sentido original.

Así pues, merece la pena prestar atención a los modelos que, como el de prácticas internas, colman las aspiraciones de los estudiantes y hacen que el periodo se aproveche al máximo. No se trata tanto de generalizarlo, pues probablemente no pueda ser aplicado a todas las carreras. Pero sí atender a las causas de su éxito, actuando sobre los elementos que puedan producir un grado de satisfacción similar en los centros del SSPA. Equilibrar la participación y el tutelaje, sistematizar los procedimientos, formar a los formadores, ampliar los periodos de práctica, procurar que los alumnos no se encuentren solos, asegurar que los tutores cumplen con sus labores docentes, mejorar los mecanismos de evaluación y control, etc. Para sintetizar: escuchar con mayor atención cuales son las demandas de los futuros profesionales sanitarios.

TERCERA PARTE_
TÉCNICOS DE
FORMACIÓN
PROFESIONAL

1. INTRODUCCIÓN

El SSPA se encuentra en un momento importante de transformación, resultado de la adopción de una nueva concepción de la salud, como venimos insistiendo a lo largo de este estudio. Para el SSPA esto implica asumir una serie de cambios importantes en su filosofía, su organización y su práctica. Entre otros, cabe destacar aquí la necesidad de alcanzar el más alto nivel de calidad posible en el servicio prestado a la sociedad andaluza y de ampliar la cobertura del sistema a ámbitos cada vez más amplios de la vida. Ambos afectan directamente a un grupo profesional que puede calificarse como nuevo en el sistema: los técnicos de formación profesional. Nuevo porque, aún cuando algunas de las funciones que desempeñan tienen una larga tradición en el SSPA (cuidados auxiliares de enfermería por ejemplo), los técnicos de hoy tienen una formación y han alcanzado un grado de profesionalidad mucho mayores que los de sus predecesores. Pero también porque muchos de los puestos que ocupan son de reciente creación, caso de los dietistas o los técnicos de salud ambiental. Así pues, el estudio de la formación de los técnicos queda plenamente justificado. Para alcanzar los objetivos de excelencia marcados por el propio SSPA hemos de conocer si los técnicos adquieren la formación necesaria para desempeñar sus funciones futuras en el SSPA, en especial en lo concerniente a la fase práctica de dicha formación.

Es cierto que la profesionalización de tareas tradicionales y la emergencia de nuevos puestos de trabajo en el SSPA es también aplicable a los licenciados y diplomados. Los enfermeros son un ejemplo de la profesionalización de un cuerpo tradicional en el SSPA, como se puso de manifiesto en las partes dedicadas a residentes y estudiantes universitarios. Los nutricionistas y terapeutas ocupacionales son también profesiones nuevas en el SSPA, derivadas de la ampliación de la cobertura del sistema a nuevas dimensiones de la salud. Es por esta razón que existen numerosos paralelismos entre los ciclos de formación profesional y las licenciaturas y diplomaturas: preocupaciones compartidas, discursos homólogos, posiciones similares, etc. Sin embargo, los ciclos de formación profesional presentan algunas características específicas que los diferencian de las licenciaturas y diplomaturas:

Tienen menor prestigio social. Históricamente la formación profesional ha sido considerada por la sociedad española como un tipo de educación menor. Una opción formativa de segundo orden destinada sólo a quienes no podían acceder a la universidad, bien por su mala trayectoria académica, bien por otros condicionantes de origen principalmente socioeconómico. Consecuentemente, el título de formación profesional se encontraba fuertemente devaluado socialmente frente a otros, especialmente los universitarios. Con la instauración de los ciclos de formación profesional a partir del año 1984 esta percepción ha cambiado notablemente, pero, a tenor de los resultados de este estudio, parece que el estigma que pesa sobre la formación profesional es todavía muy fuerte. No podemos detenernos aquí en las causas de este fenómeno, así que nos limitaremos a apuntar su existencia y su influencia en las diferencias de percepción y trayectoria entre los técnicos de formación profesional y los licenciados y diplomados.

Tienen menor tradición, debido a lo reciente de la aparición de los ciclos de formación profesional. Como puede observarse en la parte del estudio consagrada a licenciados y diplomados, el grado de consolidación de la diplomatura o licenciatura tiene una fuerte incidencia en la organización de la formación teórica y práctica, así como en la percepción de los alumnos acerca de su futura carrera profesional. En los ciclos de formación profesional la falta de una larga tradición académica es aún más pronunciada que en las licenciaturas y diplomaturas de nueva creación, como la fisioterapia, la podología o la logopedia. A lo que hay que añadir que las facultades suelen constituir, junto a los colegios profesionales, un auténtico baluarte en defensa de la profesión del que no disponen los técnicos de formación profesional, o al menos no con la fuerza de aquellos. Esto redundará en una menor capacidad defensiva de los técnicos respecto al resto de profesionales sanitarios.

Al estar, en principio, enfocadas al mercado de trabajo, tienen una diferente relación entre teoría y práctica, teniendo un menor peso en la formación el contenido teórico que en las carreras universitarias y disponiendo de un importante número de horas de prácticas obligatorias. Ello motiva que la demanda de más prácticas no resulte tan importante como lo es para los universitarios, y sin embargo

abunde más que en aquellos la reclamación de reforzar la parte teórica de su formación.

Por último, los alumnos de los ciclos de formación profesional suelen ser más jóvenes como promedio, y, en consecuencia, tienen menos formada su visión del mundo y su proyecto de vida. Muchos de ellos, como veremos, optan por prolongar su formación en la universidad o con otros ciclos. Por otra parte, existe otro perfil de personas de mediana edad que han realizado el ciclo como un medio para reingresar al mercado de trabajo, perfil que tampoco se da entre los universitarios.

Así pues, aunque pueden encontrarse muchos puntos en común entre los discursos, situaciones y prácticas de los técnicos de formación profesional y los de los licenciados y diplomados, también se aprecian diferencias significativas que es preciso tener en cuenta.

La legislación vigente contempla la existencia de trece ciclos de formación profesional de familia sanitaria, once de los cuales son de grado superior y los dos restantes de grado medio. La relación de los mismos es la siguiente:

Ciclos de grado medio	Ciclos de grado superior
Cuidados Auxiliares de Enfermería	Anatomía Patológica y Citología
Farmacia	Audioprótesis
	Dietética
	Documentación Sanitaria
	Higiene Bucodental
	Imagen para el Diagnóstico
	Laboratorio de Diagnóstico Clínico
	Ortoprotésica
	Prótesis Dentales
	Radioterapia
	Salud Ambiental

Teniendo en cuenta todo lo dicho hasta este momento, los objetivos del presente estudio pueden enumerarse de la siguiente manera:

Realizar un retrato general del estado de la formación de los técnicos en Andalucía, teniendo en cuenta el escaso conocimiento del mismo del que hasta ahora disponemos.

Estudiar el conocimiento del SSPA por parte de los técnicos en formación, su valoración del mismo, así como las diferencias que aprecian entre la sanidad pública y el mercado privado.

Investigar las trayectorias de los técnicos: qué les lleva a escoger los ciclos de formación profesional y qué expectativas de futuro tienen una vez concluido su periodo formativo.

Conocer el grado de satisfacción de los futuros técnicos con la formación recibida, ya sea el conocimiento adquirido (especialmente en relación a su futuro empleo, es decir, si se sienten preparados para trabajar una vez terminan el ciclo), como el nivel de los profesores y el material formativo.

Indagar en la percepción de la formación práctica, especialmente la que se tiene lugar en centros pertenecientes al SSPA, pero también aquellas que se han realizado en la sanidad privada y las posibles diferencias entre unas y otras. Asimismo, se procurará encontrar los puntos fuertes y débiles del sistema de prácticas a fin de recomendar medidas encaminadas a su mejora.

Profundizar en la cultura sanitaria de los técnicos, en qué medida y manera se ajusta a la nueva filosofía del SSPA.

Examinar las características que puedan explicar las diferentes posturas y percepciones de la for-

mación por parte de los futuros técnicos.

En cuanto a las características que definen los discursos y perspectivas de los futuros técnicos sanitarios, ni el género, ni el ciclo estudiado, ni la orientación clínica, ni el lugar donde se estudia parece tener especial incidencia en los mismos, al contrario de lo que sucede para los licenciados, los diplomados y los residentes. Como veremos, la única dimensión que parece tener una influencia decisiva en la toma de posición de los alumnos es lo que en partes anteriores se ha denominado orientación sectorial, esto es, la orientación de su futura carrera laboral hacia el sector público o el privado. En menor medida, la edad también tiene un cierto peso en la conformación de las posiciones de los alumnos, pero su incidencia es mucho menos importante que la orientación sectorial.

Como en las restantes fases de la investigación, se ha optado por la metodología cualitativa como la más apropiada para cumplir satisfactoriamente los objetivos del estudio, empleándose en concreto las técnicas del grupo de discusión y la entrevista abierta. Se organizaron cuatro grupos de discusión, los cuales fueron diseñados atendiendo a varias dimensiones. En primer lugar, los convocados a los grupos debían haber realizado sus prácticas obligatorias en el SSPA, ya sea total o parcialmente. Dado que el objetivo principal del estudio es evaluar el sistema de prácticas en la sanidad pública andaluza, nos pareció oportuno excluir de los grupos a aquellos alumnos que hubiesen realizado prácticas exclusivamente en el mercado privado. Aunque la visión de éstos resulta interesante a modo de contraste y para completar una imagen fidedigna de la situación de los técnicos sanitarios en Andalucía, se decidió que su perspectiva podría obtenerse a través de las entrevistas. Esta medida implicaba que los alumnos de los ciclos ortoprotésica, audioprótesis y prótesis dentales quedarían fuera de los grupos, ya que en ningún caso realizan sus prácticas en el SSPA. Asimismo, el porcentaje de alumnos de los ciclos salud ambiental e higiene bucodental que realizan prácticas en el SSPA es ínfimo. Por ejemplo, en la provincia de Sevilla en 2008 sólo 3 alumnos de salud ambiental realizaron sus prácticas en el SSPA. Y aunque se trató de encontrar a esos pocos alumnos para que participasen en los grupos, fue prácticamente imposible lograrlo. Por eso no hay alumnos de higiene bucodental y sólo una de salud ambiental entre los asistentes a los grupos.

El segundo criterio de organización de los grupos se refiere al número de alumnos matriculados en cada ciclo, razón por la cual se decidió celebrar un grupo compuesto exclusivamente por alumnos del ciclo cuidados auxiliares de enfermería, ya que es con mucho en el que más alumnos se matriculan de entre todos los ciclos de la familia sanitaria. En total, casi un 46% de los alumnos matriculados en ciclos de formación profesional de familia sanitaria lo hicieron en cuidados auxiliares de enfermería (si bien este porcentaje baja hasta el 41% si lo limitamos a aquellos que cursaron el ciclo en centros públicos, cifra que no obstante sigue siendo muy notable). Los siguientes ciclos en número de alumnos matriculados en la familia sanitaria son farmacia (13% del total, 7,6% de los alumnos en centros públicos) y laboratorio de diagnóstico clínico (11% del total, 15% de los alumnos en centros públicos). Es decir, que en estos tres ciclos (de trece en total) se acumulan el 67,5% del total de alumnos matriculados en la formación profesional de rama sanitaria, y el 63,6% de todos aquellos que cursaron su formación en la educación pública¹⁵.

Siguiendo el criterio del número de alumnos se deberían haber separado los ciclos de farmacia y laboratorio de diagnóstico clínico en dos grupos diferentes. Sin embargo, éste entraba en conflicto con el tercer criterio seguido para organizar los grupos: la compatibilidad de situaciones. Para que la técnica del grupo de discusión funcione adecuadamente es necesario que las personas que los componen tengan en común tanto como sea posible. Por esta razón, se decidió que resultaba adecuado que nuestros grupos de futuros técnicos trataran de reunir a alumnos de ciclos cuyos contenidos estuvieran tan próximos como se pudiese. Así, se optó por juntar en dos grupos diferentes a los alumnos de ciclos relacionados con la química y el trabajo de laboratorio (anatomía patológica y citología, farmacia y laboratorio de diagnóstico clínico) por un lado, y a los alumnos de ciclos relacionados con la radiología (imagen para el diagnóstico y radiología) por otro. No obstante, dado que el convenio sólo preveía la realización de cuatro grupos de discusión para esta fase, para el cuarto grupo no hubo

más remedio que pasar un tanto por alto el criterio de compatibilidad de situaciones y agrupar el resto de alumnos de ciclos que realizan sus prácticas en el SSPA: dietética, documentación sanitaria y salud ambiental (en principio también higiene bucodental, pero como se dijo más arriba no se pudo encontrar a los escasos alumnos de este ciclo que han llevado a cabo sus prácticas en el SSPA). A pesar de este inconveniente el grupo funcionó razonablemente bien.

Para terminar, los criterios anteriores dejaron pocas opciones en cuanto a la localización de los grupos. El grupo 3, compuesto por alumnos de imagen para el diagnóstico y radiología, por ejemplo sólo podía estar situado en Córdoba, ya que en toda Andalucía sólo dos institutos de educación secundaria ofertan el ciclo de radiología, pero el situado en Sevilla acaba de comenzar a impartirlo este mismo año, por lo que todavía no dispone de alumnos que hayan realizado prácticas. El grupo 4, el más diverso, sólo podía situarse en Sevilla, ya que es la provincia con mayor oferta de ciclos de familia sanitaria, además de ser la única en la que se tenía constancia de que determinados ciclos realizan prácticas en el SSPA. El grupo 1, el compuesto por alumnos de cuidados auxiliares de enfermería, se localizó en la provincia de Cádiz por ser la que disponía de mayor número de institutos de educación secundaria que ofertan este ciclo, teniendo además en cuenta que la red de ciudades existente entre Jerez y Cádiz (Puerto de Santa María, San Fernando, Puerto Real...) se encuentra bien comunicada entre sí, lo que facilita el desplazamiento y por tanto la asistencia al grupo. El grupo 2 podía localizarse bien en Granada, bien en Málaga, pero se escogió Granada por disponer de un mayor número de institutos en la capital provincial que ofertan los ciclos de farmacia, anatomía patológica y citología y laboratorio de diagnóstico clínico. Los detalles de cada grupo pueden consultarse en la tabla 6.

GRUPO	DISEÑO	LUGAR	FECHA DE REALIZACIÓN	DURACIÓN APROXIMADA
1	Alumnos del ciclo Cuidados Auxiliares de Enfermería	Jerez de la Frontera	04/06/08	85 minutos
2	Alumnos de los ciclos Farmacia (3), Anatomía Patológica y Citología (2) y Laboratorio de Diagnóstico Clínico (2)	Granada	11/06/08	90 minutos
3	Alumnos de los ciclos Imagen para el Diagnóstico (5) y Radioterapia (3)	Córdoba	10/06/08	90 minutos
4	Alumnos de los ciclos Documentación sanitaria (3), Dietética (4), Salud Ambiental(1)	Sevilla	03/06/08	80 minutos

Tabla 6: Relación de los grupos de discusión

NOTA: Entre paréntesis figura el número de alumnos de cada ciclo que acudieron al grupo

15. Para más información ver la Tabla 10 de la página 229.

En cuanto a las entrevistas, se resolvió realizar una por cada ciclo de formación profesional de familia sanitaria, es decir un total de 13. Empero, los problemas que nos encontramos fueron muy numerosos. Dado el escaso conocimiento previo que se tiene del campo, muchos de los planteamientos iniciales del diseño no contaban con una multitud de inconvenientes que dificultaron enormemente el trabajo de campo. En primer lugar, y como veremos en el capítulo 1, la organización de la formación práctica depende, en última instancia, de cada instituto. Lo cual nos enfrenta a un panorama de fragmentación extrema en la que prácticamente cada caso es diferente. Por otro lado, tampoco sabíamos que los institutos que organizan los ciclos seguían diferentes políticas de oferta académica, de manera que unos organizan el ciclo cada año y otros cada dos años (es decir, no entra una promoción hasta que la precedente ha finalizado el ciclo). De esta forma, tuvimos que llamar prácticamente a cada instituto para conocer su política de oferta del ciclo y de organización de las prácticas para comprobar si se ajustaban a las necesidades del diseño. Al hacerlo, se empleó una gran cantidad de tiempo previsto inicialmente para hacer el trabajo de campo. Además, tratando de establecer una visión tan comprensiva del conjunto de Andalucía como fuera posible, nos vimos obligados a descartar algunos institutos que se ajustaban mejor al perfil que se buscaba para las entrevistas por no concentrar el estudio en pocas provincias, lo cual complicó todavía más la contactación.

El principal problema es que se dependía de cada instituto para contactar con los alumnos de los ciclos, de modo que estábamos supeditados a la voluntad de sus profesores en colaborar con nosotros. Algunos fueron tremendamente amables y nos ayudaron de buen grado, pero con otros tuvimos que emplearnos más a fondo y un tercer grupo directamente se negó a ponernos en contacto con sus alumnos. Se trató de contactar con ellos por otras vías (centros de formación privada, asociaciones profesionales, etc.), pero el problema seguía siendo el mismo, cuando no peor que en los institutos. Hay que tener en cuenta además que el grueso del trabajo de campo se realizó en unos meses de gran actividad para los institutos por ser final de curso (entre los meses de abril y junio), lo que dificultó una colaboración más intensa con los profesores.

Hubo además que realizar una segunda entrevista a un alumno del ciclo imagen para el diagnóstico, puesto que la primera, a pesar de proporcionarnos una información útil y relevante, tenía un perfil un tanto diferente al buscado (había realizado el ciclo en un demasiado lejano 1994 y nunca había llegado a trabajar como técnico sanitario posteriormente). A pesar de todas las dificultades mencionadas, la evidencia empírica disponible abarca alumnos de los trece ciclos de familia sanitaria procedentes de todas las provincias andaluzas excepto Málaga, lo cual parece más que suficiente como para trazar una representación fiable de la formación de los técnicos sanitarios en Andalucía.

En la tabla 7 pueden consultarse los detalles de las entrevistas abiertas realizadas para la elaboración de este estudio. Esto nos lleva a una última advertencia sobre las entrevistas. Como puede observarse, muchas de ellas fueron bastante breves, no alcanzando siquiera los treinta minutos de duración. También a nosotros nos sorprendió en un principio esta tendencia, por lo que se redoblaron los esfuerzos y la atención, temiendo que se estuviera cometiendo algún error en la conducción de las entrevistas. Sin embargo, las entrevistas siguieron durando muy poco. Hasta que se entrevistó a algunos alumnos de mayor edad y de formación universitaria (anterior o posterior a la realización del ciclo) y su duración se aproximó mucho más al estandar de las entrevistas abiertas. Esto nos ha llevado a suponer que el problema real no es tanto la metodología de la entrevista o nuestra pericia investigadora como la juventud de los entrevistados. En efecto, algunos de los entrevistados no tienen la suficiente experiencia vital (laboral especialmente) como para valorar en toda su dimensión su aprendizaje. Además, muchos de ellos tienen como horizonte inmediato prolongar sus estudios, por lo que su perspectiva sobre el ciclo que han estudiado es muy diferente respecto a quienes prefieren encaminarse inmediatamente al mercado de trabajo, que es realmente el objetivo de la formación profesional.

CÓDIGO	CICLO	INSTITUTO	LOCALIDAD	FECHA	DURACIÓN APROXIMADA
E1	Anatomía Patológica y Citología	IES Aynadamar	Granada	14/10/08	14 minutos
E2	Audioprótesis	IES Cornelio Balbo	Cádiz	19/06/08	28 minutos
E3	Cuidados Auxiliares de Enfermería	IES Virgen del Mar	Almería	12/06/08	25 minutos
E4	Dietética	IES Albert Einstein	Sevilla	11/10/08	24 minutos
E5	Documentación Sanitaria	Escuelas Profesionales de la Sagrada Familia	Úbeda (Jaén)	02/07/08	27 minutos
E6	Farmacia	IES San Álvaro	Córdoba	03/10/08	15 minutos
E7	Higiene Bucodental	IES Los Viveros	Sevilla	17/06/08	27 minutos
E8	Imagen para el Diagnóstico	IES Reyes de España	Linares (Jaén)	02/07/08	51 minutos
E9	Imagen para el Diagnóstico	IES San Álvaro	Córdoba	06/10/08	47 minutos
E10	Laboratorio de Diagnóstico Clínico	IES Fuentepiña	Huelva	18/06/08	22 minutos
E11	Ortoprotésica	IES Punta del Verde	Sevilla	03/06/08	25 minutos
E12	Prótesis Dentales	IES José Caballero	Huelva	18/06/08	25 minutos
E13	Radioterapia	IES San Álvaro	Córdoba	27/06/08	120 minutos
E14	Salud Ambiental	IES Albert Einstein	Sevilla	10/10/08	26 minutos

Tabla 7: Relación de entrevistas abiertas

Finalmente, por necesidades de la investigación se decidió efectuar dos entrevistas no previstas en el diseño inicial. La primera de ellas se realizó de manera previa al resto del trabajo de campo, habida cuenta de la exigua información de la que se disponía sobre el objeto de estudio. A fin de obtener un conocimiento mínimo sobre el sistema de prácticas de los técnicos de formación profesional, se contactó telefónicamente con los responsables de formación permanente de las Delegaciones Provinciales de la Consejería de Salud de Córdoba, Granada, Málaga y Cádiz, además de realizar una entrevista con la responsable de la Delegación Provincial de Sevilla, que es la provincia donde la organización de las prácticas de formación profesional está más desarrollada. La información proporcionada por dicha entrevista fue decisiva para el diseño del resto del trabajo de campo, tal y como se ha expuesto en las páginas precedentes.

Por otra parte, como se ha puesto de manifiesto anteriormente, no estábamos del todo seguros de que las perspectivas de los alumnos fueran suficientes en determinados aspectos clave como la trayectoria laboral posterior al ciclo o la adecuación de los contenidos teóricos a la función práctica para la que se supone han sido formados. Así, para complementar la información obtenida en las entrevistas a los alumnos resolvimos contactar con la representación corporativa de los técnicos sanitarios para concertar una entrevista. Los resultados de la misma resultaron extraordinariamente relevantes para el estudio, facilitando la triangulación de las diferentes perspectivas y una visión de conjunto más amplia y profunda sobre el objeto de estudio. Los detalles sobre las dos entrevistas complementarias mencionadas puede consultarse en la tabla 8.

INSTITUCIÓN	CARGO	LUGAR	FECHA	DURACIÓN APROXIMADA
Delegación Provincial de la Consejería de Salud	Reponsable de Formación Permanente	Sevilla	06/05/08	30 minutos
FATE-FETISSEM	Presidente	Málaga	14/07/08	105 minutos

Tabla 8: Relación de entrevistas complementarias

El texto se ha organizado atendiendo a los objetivos del estudio y a las líneas discursivas de los entrevistados, si bien se tuvo también presente la estructura de las partes anteriores, con el objetivo de favorecer la comparación entre unas y otras. En primer lugar se describirán brevemente las características del alumnado de formación profesional de familia sanitaria en Andalucía y del sistema de formación práctica que siguen los futuros técnicos sanitarios, así como los motivos por los que los alumnos han escogido cursar los ciclos. A continuación se expondrán las principales posiciones discursivas que presentan los técnicos sanitarios en formación, que como veremos responden principalmente a la orientación de su carrera laboral hacia el SSPA. Después se profundizará en la evaluación de la formación, primero en lo concerniente al ciclo en general, y en la práctica en particular más tarde, poniendo el acento en sus aspectos más problemáticos y en las quejas más comunes, que por tanto serán también los más susceptibles de mejora. El siguiente capítulo se dedicará a la visión de la representación corporativa de los técnicos sanitarios, la cual, como veremos, relativizará algunas de las afirmaciones más comunes de los alumnos de los ciclos. Las conclusiones que nos ha inspirado la investigación cerrarán el texto.

El conjunto de los argumentos contenidos en las páginas siguientes se fundamentan en los discursos obtenidos en las entrevistas y los grupos de discusión, por lo que a lo largo del texto mostrare-

mos citas literales procedentes de las transcripciones. Estas citas estarán acompañadas de un código (por ejemplo E4, G3, etc.) que identifica el grupo de discusión o entrevista de la que proceden. Los códigos identificativos pueden encontrarse en las tablas 6 y 7. Asimismo, algunos fragmentos de las citas aparecerán en cursiva, con el objeto de resaltar aquellos que consideramos más interesantes o relevantes para la explicación.

Para finalizar nos gustaría agradecer a los participantes en los grupos y a las personas entrevistadas por su participación en el estudio, así como a los profesores de los institutos que amablemente nos ayudaron a ponernos en contacto con sus estudiantes. Vaya también nuestro agradecimiento al personal del Servicio de Desarrollo Profesional y Formación y de las Delegaciones Provinciales de la Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía por la información y el apoyo prestados.

2. LOS CICLOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE FAMILIA SANITARIA EN ANDALUCÍA

El campo de los técnicos sanitarios es relativamente nuevo y, por regla general, bastante poco conocido. Prueba de ello es lo difícil que resultó encontrar información fiable sobre el tema, incluso de parte de algunas de las instituciones responsables de su formación. Quizá esta situación se deba precisamente a lo reciente de su presencia como cuerpo profesional en el SSPA, o a que no se les ha prestado la misma atención que a otros colectivos. En cualquier caso, parece apropiado realizar una aproximación general a la realidad de los ciclos de formación profesional de familia sanitaria en Andalucía, a modo de toma de contacto con el objeto de estudio, previa a profundizar en las situaciones concretas y en las perspectivas de los futuros técnicos. En este capítulo se describirá someramente el estado actual de la formación profesional de familia sanitaria en Andalucía, centrándonos en tres dimensiones: las características generales y el sistema vigente de prácticas, el perfil del alumnado de los ciclos y por último las motivaciones que han llevado a los alumnos a escoger un ciclo de estas características.

2.1. Características generales y sistema de prácticas

La formación profesional (FP) tiene por objetivo, según la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía, “adquirir no sólo conocimientos, sino sobre todo la competencia profesional, correspondiente a una profesión. Entendiéndose como profesión, un conjunto de puestos de trabajo u ocupaciones”¹⁶. En otras palabras, se trata de una formación encaminada hacia el desempeño de determinados oficios técnicos en el mercado de trabajo. La FP se organiza en ciclos de grado medio, a los que se puede acceder una vez concluida la Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O.), y ciclos de grado superior, que sin embargo requieren haber cursado al menos el Bachillerato o realizar un examen de acceso. La FP se imparte, en todos los casos, en Institutos de Educación Secundaria públicos o privados, así como en algunos centros de formación específica debidamente acreditados.

Superar un ciclo de grado medio implica obtener un título de técnico y posibilita el acceso al Bachillerato. Aprobar un ciclo de grado superior da acceso a un título de técnico superior y a diferentes estudios universitarios relacionados con el ciclo estudiado, sin necesidad de realizar el examen de selectividad. Por ejemplo, anatomía patológica y citología permite acceder directamente a educación social, trabajo social, terapia ocupacional, enfermería, fisioterapia, logopedia, biología, biotecnología, farmacia, medicina y magisterio. Conviene aclarar que superar un ciclo de grado medio no da acceso directo a un ciclo de grado superior, puesto que los ciclos de grado superior presuponen unos conocimientos de Bachillerato. Para ingresar a un ciclo de grado superior sin poseer el título de Bachillerato es necesario aprobar un examen de acceso en el que el alumno

16. La información sobre la organización de la FP ha sido obtenida en la página Web http://www.juntadeandalucia.es/educacion/scripts/formacion_profesional/cd2007/index.html.

acredita tener una formación equivalente. Algunos institutos están comenzando a impartir cursos de preparación para estas pruebas de acceso a los ciclos de grado superior.

Los ciclos tienen una duración que varía entre las mil trescientas (los ciclos de grado medio por ejemplo suelen durar mil cuatrocientas) y las dos mil horas, repartidas en dos años lectivos. En cualquier caso, la Ley Orgánica de Educación (L.O.E.) del año 2006 prevé que a partir del próximo curso 2009-2010 todos los ciclos de FP, tanto los de grado medio como los de grado superior, pasarán a constar de dos mil horas, si bien seguirán siendo impartidos en dos años lectivos.

Los contenidos de los ciclos se agrupan en diferentes módulos, grandes áreas temáticas coherentes que versan sobre los diferentes conocimientos y competencias requeridas en los respectivos oficios para los que cada ciclo prepara a sus alumnos. Todos los ciclos incluyen un módulo de formación y orientación laboral de sesenta y cuatro horas y otro de treinta y dos sobre el estado del sector en Andalucía (el sector sanitario en Andalucía en el caso de los ciclos de familia sanitaria).

Igualmente, todos los ciclos incluyen un módulo denominado “Formación en Centros de Trabajo” (FCT) que implica la realización de prácticas en empresas e instituciones una vez se han superado todos los módulos teóricos del ciclo. Dicho de otro modo, el sistema separa tajantemente las clases teóricas y las prácticas. Un modelo que, como se pusiera de manifiesto en la parte sobre licenciados y diplomados, muchos universitarios encuentran atractivo porque evita el solapamiento de clases y prácticas. Los alumnos de los ciclos de formación profesional, sin embargo, encuentran algunos problemas en este sistema, como se verá más adelante.

A través de la FCT se pretende que el alumno “observe y desempeñe las actividades y funciones propias de los distintos puestos de trabajo u ocupaciones correspondientes a una profesión” (Consejería de Educación). Es decir, que comience a comprobar de primera mano no sólo como se aplican sus conocimientos teóricos a la práctica cotidiana de su oficio, sino también a familiarizarse con el que será su entorno laboral. De todas formas cabe recordar que, al estar considerada como una actividad meramente formativa, no media ninguna relación laboral entre la empresa o institución colaboradora y el alumno. Ello imposibilita que éste perciba una retribución económica por la labor realizada durante el periodo de prácticas. Como a menudo sucede en la formación basada en prácticas en centros de trabajo, esto va a producir situaciones de confusión en las que los límites entre el trabajo y el aprendizaje se vuelven difusos, contribuyendo a crear conflictos entre los alumnos y las empresas e instituciones colaboradoras.

Durante la FCT el alumno debe estar orientado por un tutor laboral designado por la empresa o institución colaboradora, además de por los profesores del ciclo, que se encargan de comprobar la buena marcha de la FCT. Tendremos ocasión de comprobar que, según los alumnos, tampoco esto se cumple siempre. Los profesores y tutores laborales serán también los encargados de diseñar el programa de actividades formativas y evaluar el periodo de prácticas, incluyendo el proyecto integrado, una suerte de memoria final necesaria para aprobar el ciclo.

La duración de la FCT varía en función del ciclo, oscilando entre las 300 y las 750 horas. En la tabla 9 se resumen la duración total y de la FCT en cada ciclo de familia sanitaria en Andalucía.

CICLO	HORAS LECTIVAS	HORAS DE PRÁCTICAS
GRADO MEDIO		
Cuidados Auxiliares de Enfermería	1.400	440
Farmacia	1.300	340
GRADO SUPERIOR		
Anatomía Patológica y Citología	2.000	590
Audioprótesis	2.000	350
Dietética	2.000	351
Documentación Sanitaria	1.400	440
Higiene Bucodental	1.400	440
Imagen para el Diagnóstico	2.000	664
Laboratorio de diagnóstico clínico	2.000	350
Ortoprotésica	2.000	360
Prótesis Dentales	2.000	355
Radioterapia	1.700	740
Salud Ambiental	2.000	350

Tabla 9: Horas lectivas y horas de prácticas de los ciclos de FP de familia sanitaria en Andalucía.

Como puede verse, la duración de los ciclos y de la FCT es muy variable, y con ellas la relación entre teoría y práctica. Algunos ciclos duran el máximo de horas establecidas (2.000), pero otros apenas alcanzan 1.400. Por otro lado, las horas de prácticas van desde las 340 a las 740, es decir un rango de 400 horas de diferencia (que medido en jornadas de ocho horas de trabajo equivale aproximadamente a un mes y medio de diferencia entre los ciclos con más y menos horas de prácticas). No obstante, la cantidad de horas de prácticas no está directamente relacionada con la duración global del ciclo. Algunos ciclos cortos contemplan muchas horas de prácticas en relación a la duración total, incluso más que otros cuya duración es más larga. Por ejemplo, en documentación sanitaria y cuidados auxiliares de enfermería hay 440 horas de prácticas sobre un total de 1400 horas de ciclo, mientras ortoprotésica o dietética apenas realizan 350 horas de prácticas cuando su ciclo dura 2.000 horas. Paradójicamente, la valoración de los alumnos sobre el equilibrio entre teoría y práctica en los ciclos que han estudiado no depende especialmente de este factor, como tendremos oportunidad de comprobar. En cualquier caso, como se comentó más arriba, a partir del próximo curso todos los ciclos pasan a durar 2.000 horas, lo que con toda probabilidad cambiará mucho la relación entre teoría y práctica en los mismos. Sin embargo, todavía no se sabe si el desarrollo de la L.O.E., que está produciéndose en este momento, contempla una estandarización similar de la duración de la FCT.

La FCT depende de la firma de convenios entre los centros educativos y las instituciones y empresas colaboradoras, entre los que se encuentra el SSPA. La responsabilidad en la firma de convenios para la realización de prácticas en el SSPA es competencia de las Delegaciones Provinciales de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Y las diferencias entre unas provincias y otras son considerables. Como se dijera en la Introducción, se consultó con los responsables de las Delegaciones Provinciales de Sevilla, Córdoba, Málaga, Granada y Cádiz, y la conclusión a la que se llegó es la existencia de una considerable falta de atención hacia las prácticas de los futuros técnicos sanitarios. Por lo que sabemos, la Delegación Provincial de Sevilla es la única en la que la FP es tenida en cuenta como un campo formativo prioritario, lo que no sólo incluye la firma de convenios para la realización de prácticas en los centros del SSPA, sino también la recopilación de datos, la difusión de información y la elaboración de planes para la mejora del sistema. Es por ello también que Sevilla es la única provincia en la que tenemos constancia de que alumnos cuyas futuras profesiones tienen poca presencia en el SSPA, como los técnicos de salud ambiental o los higienistas bucodentales, realizan la FCT en centros del SSPA.

En el resto de provincias (al menos entre las consultadas, aunque tenemos motivos para pensar que en las no consultadas la situación es parecida) las prácticas de FP están mucho menos cuidadas. Aunque la existencia de convenios de colaboración es común, los esfuerzos no suelen pasar de ahí. De hecho, las Delegaciones consultadas parecían conocer muy poco de la FP en general y del contenido de los convenios de colaboración en particular. Evidentemente, existen diferencias entre provincias, algunas conocían la situación mejor que otras. En el caso extremo (que preferimos mantener el anonimato), la persona teóricamente responsable nos comunicó que el convenio de colaboración había expirado, pero que ignoraba si se había renovado o no, o siquiera si ella misma seguía siendo la responsable de esta área o dicha responsabilidad había sido transferida a otra persona. Pese a que el resto de provincias consultadas no llegasen a este grado de falta de información sobre la FP, este caso ilustra la escasa atención que se está prestando a la formación de los técnicos sanitarios.

Esto desplaza hacia los institutos el peso de la organización de las prácticas, así como el de la información, la adquisición de competencias y, en buena medida, la orientación sobre el futuro laboral de los alumnos. Esta situación se agrava si no existen convenios marco entre las Delegaciones Provinciales y los centros de formación, de modo que son éstos últimos los que tienen que buscar un buen lugar de prácticas para sus alumnos, pactando con los centros locales del SSPA, empresas privadas u otras instituciones (colegios, servicios sociales, etc.). El resultado es una fragmentación extrema, en la que prácticamente cada instituto organiza las prácticas a su manera. Así por ejemplo, por las experiencias relatadas en las entrevistas y grupos de discusión, sabemos

que en algunos institutos se permite escoger a los alumnos el lugar donde desean realizar las prácticas, en otros el sistema de elección depende de la nota obtenida en los módulos (de modo que quienes mejores notas han logrado tienen preferencia a la hora de elegir el centro donde cursarán la FCT) y en otros es el instituto el que lo asigna. Del mismo modo, en algunos institutos es posible dividir las FCT en diferentes centros de trabajo, a fin de que el alumno pruebe distintas experiencias que amplíen su perspectiva, mientras que en otros es obligatorio cursarla en un único centro. Y así sucesivamente.

Con un grado de dispersión como éste, en el que prácticamente cada caso concreto es un mundo en sí mismo, sintetizar se vuelve una tarea harto complicada. La evidencia empírica muestra determinadas tendencias, posiciones y problemáticas muy comunes y que tienden a repetirse con frecuencia en los discursos registrados. Pero ante una fragmentación tal la metodología cualitativa, escogida como fundamento de este estudio, tiene dificultades para establecer relaciones sistemáticas entre las perspectivas relatadas por los alumnos y las posibles variables que expliquen una mayor o menor prevalencia de aquellas. El pequeño tamaño de una muestra cualitativa impide, en un contexto tan fragmentado como el descrito, que podamos asegurar en qué medida y manera influyen ciertas condiciones en la presencia de ciertos discursos entre los alumnos de FP. Por esta razón los resultados de este estudio deben ser contemplados con prudencia, como punto de partida para estudios posteriores que puedan ampliar, matizar, corregir y/o confirmar lo apuntado en este texto. Asimismo, se ha procurado limitar la relación entre características de los alumnos y posiciones discursivas sólo a aquellos casos en los que estemos razonablemente seguros de que se produce dicha relación, fundamentalmente las descritas en el capítulo 3. En el resto de casos se expondrá la existencia de ciertas problemáticas o percepciones, pero, a falta de evidencia suficiente que las respalde, nos abstendremos de arriesgar mayores interpretaciones. Sería pues deseable que en un futuro este estudio pudiera ampliarse con una encuesta que aclarase si estas situaciones y discursos dependen de ciertas variables o si, aún siendo frecuentes, se distribuyen uniformemente entre todo el alumnado. Por esta misma razón dejaremos momentáneamente de lado la perspectiva cualitativa para esbozar un perfil del alumnado de ciclos de FP de rama sanitaria a partir de datos estadísticos.

2.2. Perfil del alumnado

Los datos disponibles sobre el alumnado de formación profesional en Andalucía son escasos. No hemos encontrado, por ejemplo, datos sobre la distribución por edades o por provincias de estos alumnos (si bien esto último puede intuirse a partir de los institutos que ofertan cada ciclo). En cuanto al número de alumnos que cursan sus prácticas en el SSPA, sólo disponemos de datos para Sevilla, que, como se ha visto, es con mucho la provincia en la que la intervención de la Delegación Provincial de la Consejería de Salud en la organización de las prácticas es más intensa. A pesar de todo, los datos con los que contamos muestran algunas características interesantes de los futuros técnicos sanitarios, especialmente si los interpretamos a partir de los resultados de las entrevistas y grupos de discusión. En la tabla 10 (en la página siguiente) pueden encontrarse el número de alumnos matriculados en ciclos de formación profesional de familia sanitaria en Andalucía durante el curso 2006-2007, los más actualizados que hemos encontrado (aunque pensamos que no deben haberse producido cambios significativos en los últimos dos años). Los datos se encuentran desagregados por ciclos, género y carácter público o privado del centro donde los alumnos cursan los ciclos. Además, se han incluido los datos totales sobre matriculación en ciclos de formación profesional en Andalucía (es decir, incluyendo a todas las ramas de la formación profesional) para poder contrastar las características del alumnado de la rama sanitaria respecto a la media de los alumnos de FP.

Curso 2006-2007	PÚBLICO				PRIVADO			TOTAL		
	ALUMNOS	ALUMNAS	TOTAL		ALUMNOS	ALUMNAS	TOTAL	ALUMNOS	ALUMNAS	TOTAL
GRADO MEDIO										
Cuidados Auxiliares de Enfermería	307	2.926	3.233		241	2.240	2.481	548	5.166	5.714
Farmacia	56	547	603		110	881	991	166	1.428	1.594
Total grado medio	363	3.473	3.836		351	3.121	3.472	714	6.594	7.308
TOTAL FP MEDIO ANDALUCÍA	37.406	33.594	71.000		11.192	16.986	28.178	48.598	50.580	99.178
GRADO SUPERIOR										
Anatomía Patológica y Citología	63	314	377		8	38	46	71	352	423
Audioprotésis	9	10	19					9	10	19
Dietética	76	427	503		12	60	72	88	487	575
Documentación Sanitaria	62	295	357		11	46	57	73	341	414
Higiene Bucodental	38	317	355		25	120	145	63	437	500
Imagen para el Diagnóstico	151	459	610		53	161	214	204	620	824
Laboratorio de Diagnóstico Clínico	248	937	1.185		59	170	229	307	1.107	1.414
Ortoprotésica	26	31	57					26	31	57
Prótesis Dentales	78	160	238		114	131	245	192	291	483
Radioterapia	14	35	49		5	22	27	19	57	76
Salud Ambiental	119	203	322		46	65	111	165	268	433
Total grado superior	884	3.188	4.072		333	813	1.146	1.217	4.001	5.218
TOTAL FP SUPERIOR ANDALUCÍA	28.702	31.856	60.558		5.660	7.490	13.150	34.362	39.346	73.708
TOTAL SANITARIOS	1.247	6.661	7.908		684	3.934	4.618	1.931	10.595	12.526
TOTAL FP ANDALUCÍA	66.108	65.450	131.558		16.852	24.476	41.328	82.960	89.926	172.886

Tabla 10: Alumnos matriculados en ciclos de formación profesional de familia sanitaria en Andalucía en el curso 2006-07.

Fuente: Consejería de Educación de la Junta de Andalucía.

Los alumnos de rama sanitaria constituyen el 7'25% del total de alumnos de FP en Andalucía, el 7'36% de los matriculados en un ciclo de grado medio y el 7'08% de los matriculados en un ciclo de grado superior. Teniendo en cuenta que existen veintidós ramas o familias diferentes de formación profesional, la sanitaria está ligeramente por encima de la media de alumnos por rama, que estaría en torno al 4,5%. La rama sanitaria parece ser una opción formativa atractiva. Asimismo, los alumnos de la familia sanitaria que cursan sus estudios en centros privados es bastante superior a la media: el 36,87% de los alumnos de rama sanitaria está matriculado en centros privados, cuando el porcentaje para el conjunto de alumnos de FP es de 23,91%. Como tendremos ocasión de comprobar en el capítulo 6, es muy posible que este hecho se deba a que en los centros privados el profesorado está compuesto principalmente por técnicos especialistas en lugar de profesores de secundaria, como sucede en los institutos públicos.

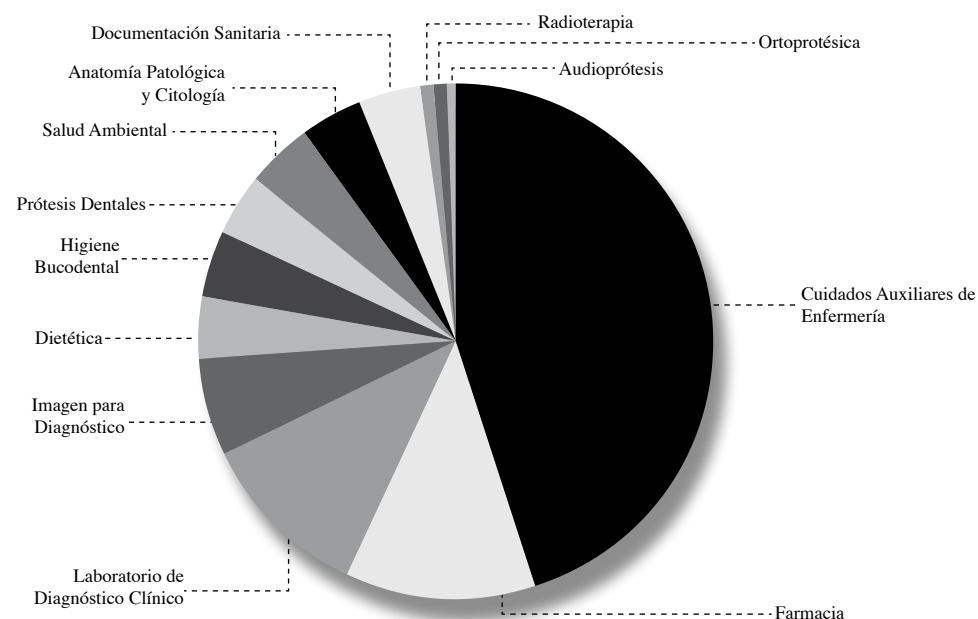


Gráfico 1: Distribución del alumnado de formación profesional de rama sanitaria en Andalucía según los ciclos.

Llama poderosamente la atención, como ya se comentara en la introducción, la concentración del alumnado en unos pocos ciclos, como ilustra el gráfico 1. Especialmente en cuidados auxiliares de enfermería (45,62% del total). En menor medida, farmacia (12,76%), laboratorio de diagnóstico clínico (11,29%) e imagen para el diagnóstico (6,56%) también acumulan un volumen importante de alumnos, hasta un 76,23% del total de toda la familia sanitaria. Los restantes nueve ciclos presentan un número muy reducido de alumnos, inferior en todos los casos a un 5%, destacando en este sentido radioterapia, audioprótesis y ortoprotésica, ninguno de los cuales alcanza siquiera el 1%. Así pues, podríamos suponer, dado que la formación profesional está orientada a la incorporación al mercado de trabajo, que los alumnos de rama sanitaria escogen masivamente cuidados auxiliares de enfermería porque la consideran una titulación gracias a la que es sencillo conseguir un empleo (“tiene salidas” como se dice comunmente). Sin embargo, por los resultados de las entrevistas y grupos de discusión sabemos que muchos de los alumnos que cursan cuidados auxiliares de enfermería optan más tarde por ampliar sus estudios con

otro ciclo, incluso teniendo en mente un futuro acceso a la universidad (caso de las entrevistas E3, E7 y E8 por ejemplo). Por tanto, cabe suponer que muchos de los matriculados en ciclos de grado superior han cursado previamente otros ciclos, principalmente cuidados auxiliares de enfermería, y por tanto que su poder de atracción no procede tanto, o al menos no únicamente, de su futuro laboral como de ser una formación puente hacia los ciclos de grado superior, e incluso a la universidad.

El tercer dato llamativo es la tremenda feminización de los ciclos de FP de familia sanitaria, es decir, el predominio absoluto de las mujeres entre el alumnado. Es algo que también sucede en las carreras universitarias de orientación sanitaria, a excepción de la medicina. El gráfico 2 muestra esta tendencia:

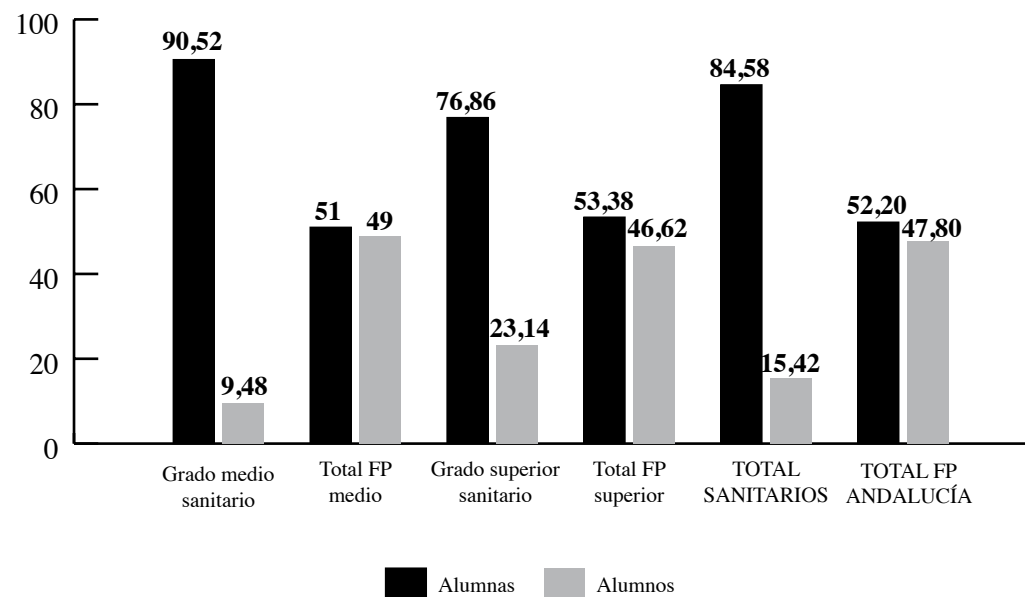


Gráfico 2: Distribución por géneros de los alumnos de FP de familia sanitaria en comparación al conjunto de alumnos de FP en Andalucía

Como puede observarse, el alumnado de FP en Andalucía está ligeramente feminizado (algo más de la mitad de los alumnos son mujeres, un 52,20% en concreto), mientras que en los ciclos de familia sanitaria el porcentaje alcanza hasta un 84,58%. Es muy posible que esta preponderancia de las mujeres sobre los hombres esté fuertemente relacionada con los roles tradicionales de género. Como han destacado algunos estudios, la mayor parte de las tareas sanitarias, significativamente muchas de las que desempeñan los técnicos, tienen un gran componente de asistencia y ayuda, labores que históricamente nuestra cultura asocia a la maternidad y por tanto a lo femenino. En el punto siguiente se verá que, efectivamente, la práctica totalidad de los discursos registrados afirman haber escogido los ciclos de familia sanitaria por una vocación difusa de “ayudar a los demás” que sienten desde la infancia. Esto significa que, pese a que muchos de los estudiantes de estos ciclos escogen prolongar su formación de diferentes maneras, su disposición hacia lo sanitario es muy fuerte, y por tanto también su motivación para encaminar su vida laboral hacia este sector. Dicho de otro modo, la mayoría no escogen los ciclos de familia sanitaria porque suponga una opción laboral atractiva (porque “hay

trabajo”), sino porque les gusta.

No deja de ser curioso que mientras a nivel general en los ciclos de grado superior la presencia de mujeres es ligeramente superior que en los de grado medio (un 53,38 frente a un 51%), en los ciclos de familia sanitaria sucede lo contrario: los dos ciclos de grado medio son los que están copados por mujeres (un 90,52% de media, sin que existan diferencias pronunciadas entre ambos), pero en los ciclos de grado superior, aunque las mujeres representen la abrumadora mayoría del alumnado, la presencia de hombres es bastante mayor (23,14% del total, casi 14 puntos más que en los ciclos de grado medio). Esto quizá apunte que éstos últimos estarían buscando acceder a los mejores puestos de trabajo, a los empleos técnicos más cualificados. Una mirada más atenta a las cifras sin embargo nos permite matizar esta hipótesis. Los ciclos en los que la presencia de varones es más alta son por orden audioprótesis (47,37% de varones), ortoprotésica (45,62%) y prótesis dentales (39,76%). Se trata de ciclos en los que fundamentalmente se enseña al montaje, selección y reparación de prótesis. En ellos por tanto el ámbito sanitario más apegado al cuidado queda más lejos, siendo la labor sanitaria aprendida más cercana al ámbito técnico, productor y artesano, tradicionalmente asociado a lo masculino. Es ello quizás lo que explica que se encuentren menos feminizados. Del mismo modo, el ciclo de salud ambiental, que es el cuarto con más hombres (38,11%), tiene como función principal la inspección, el control y la evaluación de factores de riesgo para la salud pública, que también es sencillo relacionar con valores culturalmente más próximos a los roles tradicionalmente masculinos en una sociedad de herencia patriarcal. Los otros siete ciclos se encuentran mucho más feminizados, con un mínimo de 75% de mujeres por ciclo. Es posible entonces que la mencionada presencia de hombres en busca de los empleos técnicos pueda darse en cierta medida, sobre todo en imagen para el diagnóstico y radioterapia (en ambas hay en torno a un 25% de hombres), pero no en el grado en el que podría pensarse en un primer momento. De hecho, los ciclos superiores más feminizados son higiene bucodental (87,40%), cuyas labores en la práctica son análogas a la enfermería, dietética (84,70%), obviamente relacionada con la alimentación (que a su vez está estrechamente asociada a lo femenino), y documentación sanitaria (82,37%), que no es difícil vincular a labores de tipo administrativo que no en poca medida han estado, y siguen estando, ocupadas por mujeres. Así pues, aunque la feminización de los ciclos de grado superior esté ligeramente menos marcada que en los de grado medio, la causa parece residir en la relación que guardan el contenido y la función de cada ciclo con los roles tradicionales de género.

En resumidas cuentas, el alumnado de ciclos de FP de familia sanitaria está compuesto fundamentalmente por mujeres con una vocación y un interés fuerte por lo sanitario. Muchas optan por los ciclos no tanto por sus posibilidades laborales como por ver en ellos una forma de acceder a un mayor grado de cualificación, ya sean ciclos superiores o la universidad. Sea como fuere, todas parecen presentar un alto grado de motivación y una voluntad clara de encaminar su carrera profesional hacia el sector sanitario.

2.3. Elección de los ciclos

Una vez bosquejado el perfil estadístico de los alumnos de ciclos de FP de familia sanitaria en Andalucía, recuperamos las entrevistas y grupos de discusión para conocer un poco mejor las razones que les impulsaron a optar por esta fórmula formativa en primer lugar. Como veremos a continuación, existen tres perfiles principales de alumnos, que tienen en común una fuerte, pero vaga, vocación sanitaria.

2.3.1. Interés difuso por lo sanitario

En efecto, algo en lo que la práctica totalidad de los alumnos entrevistados y participantes en grupos de discusión coincidieron fue en afirmar su fuerte interés por lo sanitario. Un interés que a veces es difícil de verbalizar, de explicar en sus orígenes, sus causas, es casi inconsciente. Lo que es seguro es que existe, incluso para ciclos que en principio pueden parecer un tanto alejados de la labor sanitaria en el sentido tradicional como documentación sanitaria, que está muy asentado

y que se inicia muy pronto, incluso en la infancia, especialmente si se procede de una familia con uno o varios miembros dedicados a lo sanitario. Los alumnos de ciclos de FP de familia sanitaria han escogido sus estudios porque tienen una clara voluntad de orientar su futura carrera profesional hacia el sector sanitario. No se trata de personas en busca de una salida laboral atractiva en términos de altos salarios o contratos estables, independientemente de si sus empleos les gustan o no, o porque no encuentran una opción mejor para sus titulaciones (caso por ejemplo de muchos profesores de secundaria). Estamos ante alumnos muy determinados a trabajar en algo que les apasiona:

M: En verdad ninguna, solamente que era el que más me gustaba de la rama de sanidad y por eso lo cogí, pero relación no tiene ninguna. (...) Es lo que me gusta, no sé, siempre... Mi familia también anda metida en la rama de sanidad y es lo que más me ha gustado desde siempre. (E10)

M: Me gusta la rama sanitaria en general, en su día estuve a punto de hacer A.T.S. Me gusta porque, fíjate, hay gente a la que le pasa todo lo contrario, a mí me gusta el ambiente de los hospitales, me gusta un poco el hecho de... Bueno, esa cosa que hay de ayuda, de camaradería, no sé, ese círculo, no sabría explicarte a ciencia cierta por qué, pero siempre me ha gustado. (E5)

De hecho, algunos de los alumnos entrevistados sugirieron que este interés, esta vocación, es un requisito previo para entrar al sector, algo que debería exigirse a todo el que quisiera ser un profesional sanitario, o al menos para algunas de sus ocupaciones, habida cuenta de los sacrificios que en ocasiones requieren:

M: Pero eso es la condición también, eso es la condición, que si que te quemas y a lo mejor ese día estas harta y a lo mejor tú... Pero eso, tú tienes que... que es muy difícil hablarle a una persona... y la chusma que se tiene con ellos algunas también, unas chusmas... que dios mío de mi vida... Personas que han estado trabajando toda su vida, que han sido tan validas y ahora... Bueno, a ver.

M: Pero porque yo creo que para este tipo de trabajo hay que tener vocación, y el que no tenga vocación no vale, hay que tener mucha vocación y eso es lo principal, empezando por ahí, ya todo lo demás, yo creo que es una cosa importantísima, es que... (G1)

¿En qué se traduce este interés o vocación sanitaria? Como ya se ha dicho, los entrevistados no siempre supieron expresarlo con claridad, lo cual no sólo les pasaba a los más jóvenes. Normalmente se suele aludir a dos elementos como los más importantes a la hora de definir el por qué del interés por la salud y lo sanitario. El primero, más común y más repetido es el deseo de ayudar a los demás. Los alumnos de estos ciclos tienen un gusto especial por el trato humano, por ayudar, por apoyar a quienes lo necesitan. Lo sanitario es entonces una salida natural para estas inquietudes, sobre todo si además se está interesado por las ciencias naturales o de la salud:

M: Pues no sé, no sé pero siempre me ha gustado el contacto con la gente, el ayudarles en algo... No me gusta sentarme en un ordenador o hacer algo que no tenga... Me gusta algo relacionado con la gente, no todo... Abogado, cosas de letras nada de nada, no... Las ciencias sí, desde siempre me han gustado más, y eso que me quedó química, que es la parte de ciencias. (E7)

M: Hombre, el hecho de querer coger algo de ciencias de la salud era porque yo lo que quería era tratar con el paciente, yo siempre lo que he buscado ha sido eso porque es lo que me gusta, tema sanitario y trato con paciente (...) pero el hecho, aunque suene extraño, de saber que puedes ayudar a una persona con el simple hecho de saber hacer este tipo de aparatos a mí me ha llenado, me ha gustado, vamos. (...) Ayudar se puede ayudar de muchas maneras, pero sí que me ha gustado eso también, que yo lo fui viendo y mira, es un tema que a mí siempre me ha llamado la atención, el tema de estas personas que a lo mejor no pueden andar o que por un simple dolor se está fastidiando su vida, empecé a ver esto y me empezó a gustar. (E11)

La segunda razón del interés por lo sanitario es el rechazo a los trabajos rutinarios, el tener como ideal un trabajo en el que la persona se realice, pueda renovarse continuamente, que sea fresco y emocionante. A pesar de que siempre haya que mirar por las condiciones laborales, los alumnos de estos ciclos rehúsan los trabajos bien pagados o estables, pero que no les supongan una satisfacción personal, una oportunidad de crecimiento. Aspiran a un empleo que les guste, que suponga un reto, y piensan que el sector sanitario responde a estas características:

M: Hombre sí, aparte de lo que le vaya a dar a una el futuro tiene que mirar que le guste, no te vas a poner a hacer algo con lo que sepas tú que te vas a morir de hambre, pero dentro de lo que cabe que te guste. (...) Claro, eso es lo que más bien conozco, que no les llama la atención el trabajo, porque hay a quien le gusta, pero yo que este chaval me diga... Todo el día facturando cosas, todo el día haciendo cuentas... Se pone: "A mí no me satisface mucho, no me...". No sé si es que yo soy de otra manera de pensar, pero a mí eso... Si tuviera que estar estaría, pero no podría, no es lo mismo estar sentada en una mesa con papeles que esto. (E1)

M: ¿Por qué me interesaba? Era una carrera de nueva creación, vi que no era un campo muy explotado, me interesaba porque me gustaba el tema del habla, lenguaje, audición, más que otras cosas... Por ejemplo también quería hacer óptica, pero después trabajar en una óptica es todos los días lo mismo, no me interesaba mucho, y al final un poco a la aventura me decidí por logopedia, porque ya te digo que no era muy conocido (...) Me decidí por ahí, no es que desde pequeña yo tuviera claro lo que quería hacer de mayor, no, fue a última hora, me gustaban dos o tres y me decanté por logopedia. (...) Me gustaba más el tema sanitario que otra cosa, me gustaba fisioterapia, óptica, logopedia, enfermería, yo me veía más en profesión sanitaria. Pues no sé, yo creo que a lo mejor es tratar a la gente, ver que estás haciendo algo útil, el tema de papeleo, finanzas y cosas así no me interesan, no me gustan. (E2)

Como se aprecia en la cita precedente, el interés por lo sanitario es máximo cuando se cruzan las dos dimensiones mencionadas: el deseo de ayudar a los demás y tratar con los pacientes por un lado, y la aspiración a un empleo atractivo y que permita desarrollarse personal y profesionalmente por otro. Sin embargo, es un interés difuso, genérico, que puede ser colmado en diferentes profesiones. No es de extrañar que muchos de los alumnos entrevistados manifestasen haber tenido siempre como referente la enfermería, una de las profesiones sanitarias con un campo de acción más amplio y con funciones más variadas. En muchos casos se desconocen los contenidos concretos de los ciclos, o de las profesiones a las que encaminan. Es cierto que se trata de profesiones aún recientes, con poca tradición o prestigio social, por lo que es lógico que ni siquiera personas con una fuerte vocación sanitaria sepan en qué consisten exactamente. De todas formas, los ciclos sirven para concretar definitivamente este interés difuso por lo sanitario de sus alumnos, lo llenan de contenido, lo encauzan hacia una profesión:

M: Yo también, yo tenía interés en hacer ese ciclo, ¿no? Y también porque anteriormente tenía otro ciclo de grado medio en la rama sanitaria y fue una... vamos que fue una forma de seguir, pero que después he visto que mi camino está más por la farmacia que por la... que por cualquier otra especialidad de la rama sanitaria... (G2)

M: Porque a mí me gustaba la parte sanitaria, y como no había llegado a hacer una carrera quería meterme en algo sanitario, empecé por el grado medio y después el grado superior, y ya como me gustó lo de higienista pues... Busco trabajo de higienista, que es lo que me gusta. (E7)

A pesar de una creciente tendencia a la defensa corporativa, que será estudiada detenidamente en el capítulo siguiente, esta indefinición primaria de su interés por lo sanitario va a ser fundamental en la conformación de la cultura sanitaria de los técnicos. A ello hemos de unirle el que muchos cursen más de un ciclo o una carrera universitaria posterior al ciclo, lo que sin duda contribuye a que los alumnos se formen una visión amplia y multidimensional de la salud y lo sanitario. Sin olvidar que muchos de los contenidos de los ciclos, y más ampliamente de las funciones que luego

desempeñarán como profesionales, son nuevos, aún en un periodo de consolidación y, por regla general, alejados de la cultura sanitaria tradicional. En especial porque atienden a aspectos que las definiciones más estrechas de la salud ignoraban o menospreciaban: la educación, la alimentación, la conducta, la movilidad, el entorno, etc. La siguiente cita, que debemos a una titulada superior en dietética, ilustrará esta idea:

M: Ay, porque a mí me encanta muchísimo eso de las dietas, no sé, ayudar a la gente... Porque vamos, la alimentación es muy importante, porque todo el mundo nos alimentamos, todo el mundo, esté enfermo, esté sano, tenga lo que tenga, todos necesitamos comer, entonces pienso que es muy importante y que me gusta mucho el mundo eso de las dietas, de los alimentos... Porque aquí la gente se cree que esto nada más que es para bajar de peso. Te metes en el módulo y todo el mundo habla de bajar de peso, pero son muchas cosas, son calidad de alimentos, muchísimos tipos de dietas, muchas patologías, estudio del organismo, no sé, un montón de cosas. Entonces la gente piensa que es para bajar peso o es algo relacionado con cocina, con aprender a cocinar. Y digo, Dios mío... (G4)

La cultura sanitaria de los técnicos se encuentra, por tanto, mucho más próxima a la nueva cultura sanitaria y la definición compleja y multidimensional de la salud que el SSPA defiende. Sin ningún lugar a dudas, más que la de algunas profesiones sanitarias de mayor tradición. Además, son profesionales motivados y con una fuerte vocación por lo sanitario en general, y por la ayuda y el contacto con los demás en particular. Estas características les convierten en un cuerpo profesional potencialmente clave para el futuro del SSPA.

2.3.2. Tres tipos de alumnos

Aunque las fuentes estadísticas de las que disponemos no se encuentran desagregadas por grupos de edad, las entrevistas y grupos de discusión no parecen dejar lugar a dudas: existen tres tipos principales de alumnos en los ciclos de FP de familia sanitaria. Cada uno de ellos tiene motivaciones distintas para escoger el ciclo, y por tanto también expectativas diferentes sobre lo que esperan obtener estudiándolo y perspectivas diferentes al evaluar la formación recibida.

La inmensa mayoría de los alumnos de ciclos de FP de familia sanitaria son jóvenes que acaban de concluir el Bachillerato. Lo más común es que hayan realizado el examen de selectividad, pero la nota que han obtenido no ha sido suficiente como para acceder a la carrera a la que aspiraban. Así que antes de "perder un año" preparándose para repetir la selectividad, práctica muy usual hace unos años, prefirieron cursar un ciclo como medio de acceso a las carreras que les gustan. Además el ciclo proporciona un título una vez superado. Otros muchos descartan en principio acceder a la universidad, sea por sus bajas notas durante la educación secundaria o en la selectividad, sea porque encuentran el nivel de la educación superior demasiado elevado para ellos. Un número considerable de alumnos incluso dicen haberse decantado por el ciclo por motivos un tanto ajenos a su valor académico: por rumores, por consejos de otras personas, porque han escuchado que "tiene salidas", porque es más corto que una carrera y hasta porque el lugar donde se imparte se encuentra cerca de sus domicilios:

M: Yo lo hice porque en realidad yo no sabía mucho que hacer, la nota de selectividad y eso era bajilla y tal pero tenía, he tenido familiares que han hecho este módulo (...)

Hombre (H): A mí me pasó una cosa parecida que yo cuando hice selectividad no me salió la nota que yo quería para la carrera que yo quería y estuve mirando las asignaturas de todos los módulos y fue el módulo que... también con una descripción que luego no es muy fiel... y luego pues la verdad que me gusto mucho. (G2)

M: Y por eso, me metí en ese módulo porque era la única, más o menos, opción que encontraba para no perder un año y como no podía hacer la carrera, para no tener que hacer selectividad otra vez y todo, pues era la mejor opción, vamos, antes que no hacer nada. (G4)

Como se desprende de las citas anteriores, los futuros técnicos se encuentran un tanto desorientados una vez acaban el Bachillerato o la selectividad. Lo sanitario les llama poderosamente la atención, pero no enfocan este interés hacia una carrera concreta, como ya hemos visto. Sin demasiado tiempo para decidir qué van a hacer el curso siguiente, optan por un ciclo del que afirman saber poco antes de solicitar el ingreso, siendo frecuente que se sientan atraídos por el mismo simplemente por las asignaturas. Numerosos alumnos dicen haber entrado “de rebote”, pues el ciclo que finalmente han cursado no era la primera opción que habían solicitado:

M: Pues yo entré de rebote, porque yo saqué muy mala nota en selectividad y me iba a presentar otra vez, pero digo, mira, paso, me voy a meter en un ciclo de grado superior, corriendo eché la matrícula y yo no sabía ni lo que era salud Ambiental ni nada. Total, que yo la eché y la puse la tercera, y yo ni me acordaba de lo que había echado ni nada y me cogen ahí, y digo, me cago en los muertos, me han cogido de la única que no tengo ni puñetera idea. (G4)

A pesar de comenzar un tanto despistados los ciclos, incluso sin estar muy seguros de los motivos por los que están estudiándolos, es frecuente que estos alumnos jóvenes se vayan interesando progresivamente por el ciclo. Como se ha dicho unas páginas más arriba, el ciclo consigue condensar en contenidos concretos el interés difuso por lo sanitario del que parten. Muchos de ellos encuentran su salida profesional a través del ciclo, incluso deciden aparcar su objetivo inicial de entrar en la universidad. Otros tantos deciden prolongar sus estudios, teniendo como meta la universidad, pero consideran el ciclo una experiencia formativa muy satisfactoria:

M: Hice selectividad, la tuve aprobada y todo y me llamaron de farmacia y eso, pero no me hizo gracia ninguna de las carreras que había, y digo: “mira, mejor no voy a hacer eso”, y me estuve informando del tema de los ciclos y me enteré de esto. Que la verdad, sinceramente, yo al igual que un montón de gente no sabíamos lo que era al principio, porque no se sabía de lo que iba. Y nada, entré y la verdad es que me llevé una buena sorpresa porque yo no pensaba que me fuera a gustar tanto, vamos, me empecé a dar cuenta a los meses, digo: “Uy, qué bien”. Entonces yo entré pensando que iba a hacer esto porque no me decidía por ninguna carrera, voy a hacer esto por no estar quieta, y ya después más adelante si quisiera hacer una carrera pues me meto y la hago, pero a los tres o cuatro meses de estar allí dije: “En verdad me parece que lo que voy a querer para mi futuro va a ser esto”. (E11)

M: Hombre, yo me metí en Dietética, primero porque estaba al lado de mi casa, y después porque estuve un año en Biología... Bueno, un cuatrimestre en Biología, y no hice nada. Aprobé una y... Porque yo quería meterme para Veterinaria, y digo... bueno, la Dietética, pues mira, está bien, no sé qué... Y me puse a pensar y digo pues mira, me voy a meter a ver qué es lo que es, y al final me acabó gustando y eso. No digo que en un futuro no haga Veterinaria, porque seguramente lo querré hacer, pero vamos, que en verdad Dietética me ha gustado. (G4)

Existe un segundo tipo de personas que componen el alumnado de los ciclos de FP de familia sanitaria. Son mujeres más mayores, a menudo de mediana edad. Tienen experiencia laboral previa, aunque con frecuencia no en el sector sanitario, por el que sienten el mismo interés impreciso que los jóvenes. Pero han llegado a un momento de sus vidas en el que, debido a ciertos acontecimientos que han supuesto cambios importantes para ellas (un divorcio, la independencia de los hijos, etc.), deciden replantear su carrera y reorientarla hacia el sector que siempre les interesó: el sanitario. En este sentido los ciclos representan una oportunidad inmejorable: son más cortos y accesibles para ellas que una carrera universitaria, están pensados para la inserción en el mercado de trabajo y tienen un fuerte componente práctico. Lógicamente, sus expectativas son muy diferentes a las de los jóvenes. Consideran el ciclo exclusivamente como un medio para encontrar un empleo en el periodo de tiempo más corto posible, en ningún caso como puente hacia otros ámbitos formativos. Por ello, prefieren que el ciclo esté tan orientado hacia lo práctico y lo laboral como sea posible. Como los alumnos jóvenes, se matriculan en los ciclos casi “a ciegas”, sin saber muy bien en qué consisten, qué es lo que van a estudiar exactamente. Y también como ellos, de corriente van interesándose más y más por el ciclo según van cursándolo. No obstante, tienden a mantener una posición algo más crítica, en especial en cuanto a las

posibilidades reales de inserción en el mercado de trabajo que proporcionan los ciclos. Lo que, no lo olvidemos, era el objetivo principal que tenían en mente cuando se matricularon en el ciclo:

M: (...) decidí un buen día estudiar un módulo superior porque a veces las circunstancias de la vida hacen que en su momento no tomes determinadas decisiones y pienses las cosas quizás un poco tarde, aunque nunca es tarde, y bueno, decidí hacerlo. Fui un poco a ciegas, la verdad, no tenía mucha información del módulo cuando me metí, y bueno, ya está, lo he acabado en el dos mil ocho, he sacado una nota muy buena e incluso he hecho una... He estado trabajando hasta hace un día que era lo que en definitiva pretendía. (...) Sí, a mí la rama sanitaria ya de por sí siempre me ha gustado, y bueno, vi que era una manera de entrar en ese ámbito un poco más llevadera ya para mi edad, que yo no me puedo poner a estudiar una cosa que sea más larga, y entonces encontré ese camino, que podía ser relativamente corto y podía intentarlo, simplemente. (E5)

Por último, hay un tercer tipo de alumnos de ciclos de FP de familia sanitaria: aquellos procedentes de la universidad. Se trata de un camino opuesto al habitual, y al previsto por los planes educativos. Las entrevistas y grupos de discusión han arrojado dos posibles motivos para tomar esta decisión. Puede suceder que el alumno o alumna haya terminado su carrera, pero que decida completar su formación con un ciclo relacionado con su titulación universitaria, pues entiende que los contenidos del ciclo complementan algunos aspectos poco desarrollados en su carrera o que el ciclo tiene una orientación práctica que su carrera no tenía. La segunda posibilidad, apuntada en alguna de las citas anteriores, es que el alumno haya comenzado sus estudios universitarios, pero que los haya abandonado al darse cuenta de que no es lo que realmente quería (lo cual se da con más frecuencia cuando la carrera iniciada no era la que se aspiraba a cursar en primer lugar), situación que llega a producirse incluso en el último año de carrera. En este segundo caso, se observa los ciclos como una opción formativa más atractiva que la misma universidad, y generalmente se termina valorando de forma más positiva la FP que los estudios universitarios:

M: Bueno, yo soy de Marbella, hice logopedia antes de hacer estos estudios y una vez que terminé me puse a trabajar en Marbella en un centro. Ellos tenían audioprótesis y vendían aparatos, lo que pasa es que yo hacía allí también de logopeda, entonces poco a poco fui conociendo el mundillo y me enteré de que aquí se iba a hacer nuevo este ciclo, entonces me animé y me vine para acá a hacerlo, lo que pasa es que como no podía compaginar trabajo y estudios porque la asistencia era obligatoria dejé mi trabajo porque quería formarme mejor, y nada, aquí estoy. (E2)

M: Yo me tiré tres años en diplomatura de Relaciones Laborales, y veía que todas mis amigas ya habían terminado, o algunas no, pero no le veía salida (...) Pero entonces me agobí y digo, yo de secretaria en algún sitio de administración, digo yo no me veo quieta, con lo nerviosa que yo soy, digo yo sentada no me veo, y me frustré un poco. (...) Y luego ya pensé, digo mira... estuve hablando con uno de la Junta de Andalucía, un orientador, y le expliqué..., hombre, yo tengo un buen expediente académico, y me dijo, dice, porqué no te metes en este módulo, dice, que es muy bueno, allí se habla de todo, y dice, y si sacas nota, pues luego para enfermería, pues mira... Es una opción a largo plazo... Y no me lo pensé. Me quité de la carrera, me quedaban muy poquitas asignaturas para terminar lo que es la diplomatura, y todo el mundo me dijo, estás loca, no sé qué, pero yo lo eché y me gustó. (E13)

Esta particular trayectoria les da una visión sensiblemente diferente a la de los técnicos más jóvenes. En primer lugar porque son algo mayores que ellos y tienen un poco más de experiencia vital. Aunque por la escasa diferencia de años entre unos y otros puede parecer un factor poco importante, conviene recordar que entre los jóvenes dos años arriba o abajo a menudo producen perspectivas muy distintas. En segundo lugar porque se encuentran más seguros de lo que esperan del ciclo, más aún aquellos que escogen cursar el ciclo una vez concluida la carrera; pero también es el caso de quienes han abandonado la universidad sin acabar sus estudios, aunque sólo sea porque haberse equivocado previamente les ha dado una perspectiva más amplia y clara. Prácticamente ninguno de estos alumnos se plantean volver a intentar estudiar una carrera, a no ser que deseen completar los estudios que dejaron sin terminar. En otras palabras, no se trata de alumnos que consideren los ciclos como una formación puente hacia la universidad, como sucede a muchos de los jóvenes. Como las mujeres de mediana edad de las que se hablara en el párrafo precedente,

tienen una motivación mucho más práctica y encaminada hacia lo laboral

Los tres tipos de alumnos descritos conllevan posiciones distintas que a menudo producen perspectivas distintas y conducen a trayectorias diferentes, aunque como tendremos ocasión de comprobar a continuación hay dimensiones más significativas que separan aún más nítidamente a los alumnos de ciclos de FP de familia sanitaria en Andalucía. Pero todos comparten una misma pasión por su trabajo y una misma voluntad de trabajar en el sector sanitario.

3. POSICIÓN DE LOS CICLOS SANITARIOS DE FP DENTRO DEL SECTOR

En fases anteriores se argumentó que la dimensión fundamental que articula los discursos de los profesionales sanitarios en formación es el reconocimiento de su rol profesional dentro del sector sanitario, tanto por parte del propio sector como por la sociedad en general. Para los técnicos sanitarios la influencia de este factor es todavía más fuerte. Por varias razones, algunas ya mencionadas anteriormente. En primer lugar, porque constituyen un cuerpo profesional relativamente nuevo, cuya función es relativamente desconocida y, en consecuencia, poco estimada. En segundo lugar, porque el título de formación profesional está socialmente mucho menos valorado que los títulos universitarios. Tercero, porque los técnicos sanitarios tienen una menor capacidad defensiva respecto a las demás profesiones sanitarias, en la medida que no disponen de facultades, ni de colegios profesionales fuertes que peleen por la profesión. Cuarto, porque al ser una formación mucho más orientada al empleo que la universitaria, la FP es más dependiente del reconocimiento externo, especialmente del mercado de trabajo.

En realidad, todas estas dimensiones se encuentran muy relacionadas entre sí: la falta de tradición profesional redundando en una reproducción del bajo reconocimiento social de los títulos de FP, lo cual perpetúa su dependencia del mercado de trabajo e impide la cristalización de organizaciones fuertes en defensa del cuerpo profesional. Se trata de un círculo vicioso que parece condenar a los técnicos a una falta de reconocimiento crónica dentro del sector sanitario. En lo que a su posición en el SSPA respecta, la menor valoración de los técnicos conlleva además un menor número de puestos de trabajo, por cuanto muchos de sus posibles empleos se solapan con los de titulados universitarios (dietética y nutrición o cuidados auxiliares de enfermería y enfermería por ejemplo) o continúan ocupados por personal que accedió a los mismos antes de la instauración de la FP vigente, por lo que se encuentra menos cualificado que los actuales técnicos (los administrativos realizando tareas propias de un técnico superior en documentación sanitaria, por ejemplo). Al no disponer de organizaciones profesionales fuertes como las de los licenciados y diplomados por un lado, o los sindicatos de funcionarios por otro, los técnicos sanitarios se encuentran bloqueados, paradójicamente, por aquellos con mayor y con menor cualificación que la suya. Así, se ven abocados a competir por los escasos puestos disponibles en el SSPA, continuar estudiando, dirigirse al sector privado o buscar trabajo en otra Comunidad Autónoma (no así en el extranjero, pues como veremos la FP española no es convalidable al menos en el resto de Europa).

Tal vez a causa de esta problemática, la dimensión fundamental en torno a la que los alumnos de FP de familia sanitaria construyen sus discursos es la orientación sectorial. Por orientación sectorial entendemos la opción preferente de una profesión hacia el empleo en el sector público o el privado, la cual se encuentra fuertemente mediada por la estructura de oportunidades disponibles: reconocimiento de las titulaciones (especialmente por parte del sector público), oferta de empleo, condiciones laborales y salariales, etc. Al contrario de lo que sucede con los licenciados y diplomados, la orientación clínica (esto es, el grado de contacto con el paciente de cada profesión sanitaria) no tiene una especial incidencia en la posición discursiva de los alumnos de FP. Quizá porque sienten que su rol profesional está más devaluado o que comporta una responsabilidad menor respecto a los de profesiones que requieren titulación universitaria. Sea como fuere, la identidad y los discursos de los técnicos sanitarios se elaboran principalmente en relación a un futuro laboral orientado al sector público o el privado.

La orientación sectorial produce tres grandes perspectivas o posiciones discursivas (entendidas como una forma compleja y relativamente coherente de concebir lo sanitario y el sector sanitario, la

formación recibida, la propia carrera laboral, las competencias propias y las del resto de profesiones sanitarias, etc.) en torno a las que gravitan todas las opiniones de los alumnos de FP de familia sanitaria en Andalucía. Cada ciclo tiende a tener una orientación sectorial preferente, que a su vez encauza el discurso de los alumnos de dicho ciclo hacia una de las tres perspectivas. Conviene de todos modos advertir que las tres posiciones que van a describirse son modelos, es decir, una construcción que, a modo de herramienta, nos sirve para entender mejor la realidad, pero que no corresponden exactamente con ella. Lo habitual es encontrar mezclados en los discursos de los alumnos elementos de más de una posición, aunque siempre suele ser una la que predomine. También conviene aclarar que cuando asociemos ciclos determinados a las distintas posiciones nos estamos refiriendo a tendencias, es decir que cada posición tiende a darse más en ciertos ciclos que en otros, pero no siempre tiene por qué ser así. La tipología propuesta es más bien una pista para comprender la realidad compleja y diversa del alumnado de FP sanitaria en Andalucía y no una clasificación estrecha de sus miembros.

Como ya se ha dicho, las tres posiciones responden a una determinada orientación sectorial. Los ciclos de alta orientación pública (imagen para el diagnóstico, radioterapia y documentación sanitaria) encaminan su futuro laboral casi exclusivamente hacia el SSPA, lo cual les hace ser más críticos con el estado del sector sanitario (y con el propio SSPA en particular) y con la formación recibida, además de presentar el grado más alto de conciencia profesional y de reivindicación de reconocimiento de sus puestos de trabajo de entre todos los técnicos sanitarios. Por el contrario, los alumnos de los ciclos de baja orientación pública (audioprótesis, prótesis dentales y ortoprotésica) desarrollan su carrera profesional exclusivamente en el sector privado, de manera que el SSPA supone una realidad ajena a su horizonte de expectativas. Son también los más emprendedores, los más proclives a crear empresas. Entre las dos posturas mencionadas se sitúan los siete ciclos restantes, que componen un campo heterogéneo, pero en el que comparten tanto el deseo de trabajar en el SSPA, como la conciencia de lo difícil que es para ellos acceder al mismo. El desfase entre sus expectativas y las oportunidades reales de cumplirlas les empuja a continuar estudiando o a buscar empleo en el mercado privado, pero sin dejar de reivindicar en ningún momento el reconocimiento de sus títulos, la creación de puestos de trabajo y la reforma de los procesos de acceso al SSPA.

En la figura 15 se presenta un mapa de la posición de los ciclos de FP de familia sanitaria en relación a su orientación sectorial, así como las perspectivas a las que corresponden. Se ha excluido de la figura el ciclo superior salud ambiental, pues representa, como se verá, un caso particular (se orienta fuertemente hacia el sector público, pero no al SSPA).

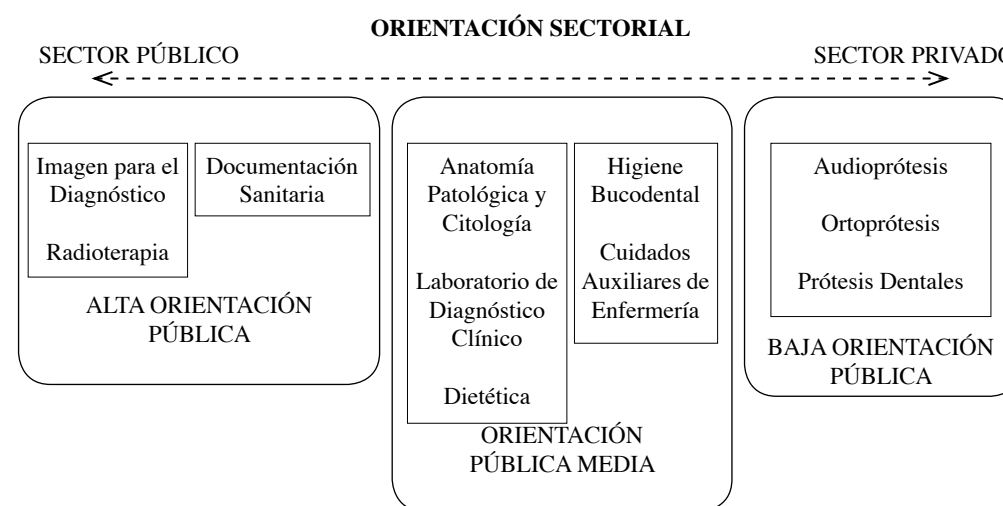


Figura 15: Orientación sectorial de los ciclos de FP de familia sanitaria en Andalucía.

Una última aclaración previa. Las tres posiciones que van a describirse a continuación recuerdan mucho a las que se dan en el campo de las titulaciones universitarias de rama sanitaria. Y aunque, en efecto, son homólogas en muchos sentidos, es importante no asimilar mecánicamente unas y otras. En los apartados dedicados a cada una de ellas se procederá a compararlas, incidiendo tanto en las semejanzas como en las diferencias que se dan entre las titulaciones universitarias y las de FP.

3.1. Alta orientación pública

A menudo, los ciclos de FP se encuentran tan especializados que los puestos de trabajo a los que dan acceso se encuentran muy acotados, reduciendo las opciones de elección de quienes los cursan. Tal es el caso de los ciclos imagen para el diagnóstico, radioterapia y documentación sanitaria, cuyas salidas laborales se limitan al ejercicio como técnicos en las unidades radiológicas y los archivos de los hospitales, clínicas y centros de salud públicos o privados. Sin embargo, dada la escasa oferta en el mercado privado y la diferencia en sueldos y estabilidad laboral existentes entre uno y otro sector (o al menos así lo perciben los alumnos), quienes cursan estos ciclos encaminan su carrera profesional casi exclusivamente hacia el SSPA. Obtener un puesto de funcionario es la meta compartida de este grupo, para lo cual están dispuestos a realizar los sacrificios que sean necesarios, ya sea acumular experiencia a partir de sustituciones y otros contratos temporales, actualizar continuamente su formación a través de cursos de especialización o trabajar fuera de su ciudad e incluso de Andalucía (como medio, eso sí, de retornar algún día):

M: Nosotros somos cabezones, ahí al SAS...

M: Hombre, lo público es mejor...

M: Aunque primero te tendrás que llevar diez años fuera y luego al final terminarás en Córdoba como están todas las técnicas, porque todas las técnicas con las que yo he estado se han tirado en Sevilla, en Madrid, en Barcelona un montón de años y después tan felices aquí, pero después de diez o quince años, diez años por lo menos.

M: Pero... ¿Por qué el SAS? Porque en realidad lo tenemos fijo, en el privado no...

M: Tienes tus vacaciones... puedes cogerte un mes de permiso sin sueldo... eso en una empresa no tienes, tu le dices a un empresario: que me voy un mes, y te dice: ea, pues no vengas más... (G3)

Así, mientras que para otras profesiones sanitarias el acceso al SSPA es una opción prestigiosa y que supone coronar con éxito un esfuerzo considerable, para los alumnos de los ciclos de alta orientación pública el SSPA es la única posibilidad contemplada. Es una situación muy similar a la de los médicos, como ha podido contrastarse a lo largo del estudio. Y al igual que sucede con los médicos, encaminar su carrera exclusivamente hacia el SSPA les hace mostrarse más críticos con su política. Al no observar otras opciones laborales, al concentrar sus esfuerzos sólo en el SSPA, quizá incluso al sentirlo más suyo que otras profesiones, los alumnos de los ciclos de alta orientación pública tienen una idea propia de lo que debería ser el SSPA y en qué medida debería cambiar. Es por ello que se muestran más combativos y críticos que los demás alumnos de FP de familia sanitaria. Se mostraron críticos con el estado de las instalaciones, con la organización del trabajo y la falta de disciplina de muchos de sus trabajadores, con la falta de personal, con el modo en el que les trataron tanto los tutores como algunos de sus futuros compañeros y hasta con el hecho de que el personal fume en los hospitales, todo ello, por supuesto, bajo su punto de vista.

Hay que subrayar, no obstante, que esto no quiere decir que por mostrarse más críticos estos alumnos tengan una perspectiva más amplia del SSPA. Tampoco significa lo contrario, es decir que los alumnos de ciclos con alta orientación pública se muestren tan críticos que a veces pierdan la noción de la realidad, de modo que la visión que alumnos de otros ciclos tienen del SSPA sería más fiable o más equilibrada. Simplemente sucede que los alumnos de cada ciclo observan

el SSPA desde un punto de vista diferente, lo que implica que unos prestan más atención a unos aspectos y otros a otros. Recortan la realidad de maneras distintas, por así decirlo, lo cual les hace tener una visión de conjunto diferente. En conjunto, ni más cierta, ni más falsa, simplemente diferente.

En cualquier caso, los alumnos de ciclos de alta orientación pública se muestran muy críticos con el SSPA, pero fundamentalmente, como no podía ser de otro modo, con lo que atañe a sus puestos de trabajo y la política de contratación del SSPA. En particular, se muestran especialmente beligerantes con los técnicos veteranos, aquellos que, como ya se ha dicho, accedieron a sus puestos de trabajo antes de la reforma de la FP y que los alumnos observan como peor cualificados que ellos mismos. La paradoja, claro, reside en que estos técnicos veteranos se supone que deben formarlos, cuando en realidad los propios alumnos se consideran más y mejor preparados para ocupar sus puestos de trabajo:

M: Bueno, pues eso, allí había técnicos que no sabían, solamente una técnico sabía contornear. Bueno, contornear... que contornear es un pega, que es delimitar a través de un ordenador, de una pantalla, para saber exactamente dónde están los órganos. Entonces, esa técnico, cuando había espacio de tiempo, los otros técnicos que llevaban muchísimo más tiempo y que se supone que deberían de saberlo, pues subían arriba a que les enseñaran. O sea, que eso es muy fuerte. (E13)

Se trata de una sensación que ya se ha observado en algunos residentes de medicina: se les exige un esfuerzo formativo superior, pero los mejores puestos de trabajo siguen ocupados por quienes están peor formados. Con la diferencia de que, al contrario que sucede con los médicos, los nuevos técnicos de alta orientación pública son profesionales y han sido formados específicamente para unos puestos de trabajo, mientras que los técnicos más veteranos aprendieron por promoción interna y por la pura práctica. Esta diferencia generacional es muy marcada en los técnicos de alta orientación sanitaria, y de hecho fue uno de los temas que más veces trataron los alumnos de estos ciclos en las entrevistas y grupos de discusión:

M: Otra cosa que yo no veía bien en mamografías en el Reina Sofía, bueno en el provincial, es que hay un enfermero que es un hombre mayor, pero que es enfermero, no es técnico, que está haciendo mamografías, y no tiene ni pajolera idea, dicho por las técnicas de allí y es él el que trabaja allí, de hecho está trabajando haciendo mamografías constantemente, que es su trabajo, sus 8 ocho horas al día, y no tiene ni idea, oprime el pecho más de la cuenta (...) y es una pena porque haciendo técnicos no debería... (G3)

M: Lo que deberían de hacer es renovarlos, porque hay personas con sesenta años... Es que yo... eso sí que... vamos, no lo entiendo. Los celadores, ¿habrá celadores de cincuenta y tantos años que lo único que hacen es charlar por las plantas? Que es que no hacen otra cosa. Y cuando los buscas... vas a buscar un celador y no lo encuentras, te tiras tres horas buscándolo. Pues yo... gente incompetente o gente que a lo mejor no la veo cualificada, pues no la echaría, pero le pondría otro tipo de trabajo y metería a gente... (E13)

Como se desprende de las citas anteriores, los alumnos de ciclos de alta orientación pública se muestran también inflexibles con el intrusismo profesional, la ocupación de puestos de trabajo por parte de personas con cualificación inferior a la requerida para dichos puestos. El caso más claro es el de los auxiliares administrativos realizando tareas que son propias de los técnicos de documentación sanitaria. Que se sigan produciendo estas prácticas en el SSPA mueve a los alumnos a pensar que se trata de una política encaminada a recortar costes, en la medida en que se paga un salario acorde a una categoría laboral inferior por un trabajo que debería realizar un técnico:

M: Bueno, sí, creo que hay puestos ocupados básicamente por administrativos o por auxiliares administrativos que deberíamos hacer nosotros, porque por ejemplo lo que yo he visto, no quiero nombrar el hospital, pero en lo que yo he visto se codifica y luego los administrativos lo pasan y

tal, entonces yo creo que ahí se podría ahorrar trabajo y que se hiciera por técnicos. Yo creo que los administrativos nos quitan trabajo. (...) Yo creo que el S.A.S. contrata a los que más barato puede pagarles, los auxiliares administrativos todo lo que puedan hacer... Hay mucha gente de hecho trabajando de administrativo, perdón, que son administrativos y trabajan de auxiliares, yo pienso que siempre se contrata para pagar lo menos posible, es lo que pienso, la verdad. (E5)

Así pues, los alumnos de los ciclos de alta orientación sanitaria son los más críticos con el SSPA y los que reivindican con más fuerza la creación de puestos de trabajo para los técnicos en el SSPA. Pero también los que más y mejor conocen la regulación y la normativa, quienes más atención prestan a los procesos de selección de personal del SSPA, los más activos en la formación continua y los que más se niegan tanto a realizar tareas que consideran no son propias de sus puestos de trabajo como a que otras profesiones sanitarias ejerzan las que consideran suyas (incluyendo aquí incluso a los médicos). En resumidas cuentas, son los que con más fuerza reivindican el reconocimiento de los técnicos frente al resto de profesiones sanitarias. Son los más corporativos, la “vanguardia” de los técnicos sanitarios, en el sentido de ser los más conscientes de la necesidad de defender la profesión. No en vano, componen el grueso del sindicato corporativo de los técnicos sanitarios (FATE-FETISSEM). La siguiente cita resume bien esta perspectiva:

Los alumnos de ciclos de alta orientación pública también fueron los más críticos con la formación recibida, ya fuera por considerar que algunos de sus profesores no tenían suficiente nivel, por lo que observan como una duración escasa de los ciclos, por la insuficiencia que perciben en los materiales formativos, por la excesiva velocidad con la que creen que se dan algunos módulos o por pensar que la organización temporal de los ciclos es errónea. Y por encima de todo, por ser los que más reclaman un mayor contenido teórico en la formación. Es algo que contrasta fuertemente con los discursos universitarios que, como se viera en anteriores fases, suelen quejarse del excesivo componente teórico de sus planes de estudio, y cuya principal demanda suele ser la realización de más prácticas¹⁷. No obstante, hay algunas carreras que comparten la reivindicación de reforzar la parte teórica de sus titulaciones, principalmente enfermería. ¿Qué tienen en común la enfermería y los ciclos de alta orientación pública? Ambos son cuerpos profesionales “emergentes” en el SSPA. Los dos están reclamando un espacio propio, una autonomía, reconocimiento en síntesis, dentro del sector sanitario, y en el SSPA en particular. Es muy posible entonces que desde esta posición se crea, siquiera inconscientemente, que una formación más teórica puede ser un apoyo en esa lucha por el reconocimiento. Especialmente teniendo en cuenta que, como ya se comentara en la parte dedicada a los residentes, en el SSPA sigue existiendo una cultura organizativa que tiende a premiar la especialidad, cuanto más compleja y concreta mejor. O simplemente por percibir que necesitan un campo de conocimientos y competencias propio, no dependiente de otras profesiones sanitarias. O una mezcla de ambas. De todas maneras, la lucha por dignificar los conocimientos de los técnicos sanitarios, en especial frente a los de los universitarios, fue una constante en los grupos y entrevistas:

H: Entonces nosotros hemos llegado al Anatómico Forense y también a veces allí venían estudiantes de medicina, estudiantes de medicina de primero y segundo año y yo no sé tú, pero yo me di cuenta de que si no sabía más sabía... yo creo que sabía más pero en realidad sabía lo mismo... yo creo que sabía más tranquilamente que uno de segundo de medicina y solo hemos tenido cinco horas a la semana de...

M: Eso sí, sabemos más que ellos.

H: Y los técnicos de allí se quedaban sorprendidos. (G2)

Aunque, como venimos insistiendo, son los alumnos de los ciclos de alta orientación pública

¹⁷. Hay que aclarar que el hecho de que estos alumnos pidan más teoría no implica que dejen de solicitar también más prácticas, o que una cosa sea a costa de la otra. Son reivindicaciones diferentes que pueden darse al mismo tiempo..

quienes más intensamente manifiestan esta defensa de sus conocimientos, su lugar en el sector sanitario de Andalucía. Por eso son más exigentes con su formación y más críticos con lo que consideran su futuro lugar de trabajo, el SSPA.

3.2. Orientación pública media

La mayor parte de los ciclos de FP de familia sanitaria viven una situación muy diferente a la expuesta en el punto anterior. Algunos tienen su futuro laboral igual de orientado hacia el sector público, pero creen tener menos posibilidades de acceder a los puestos de trabajo existentes (anatomía patológica y citología, laboratorio de diagnóstico clínico) o su salida no está tanto en el SSPA como en otros sectores de la administración (salud ambiental). Otros tienen más oportunidades en el mercado privado, pero siguen prefiriendo orientarse al público, pese a que entiendan que tienen pocas posibilidades de lograrlo (dietética). Otros tantos tienen su ciclo muy orientado hacia el sector privado, pese a que sigan pensando que su trabajo soñado está en el SSPA. De estos últimos es muy diferente la situación de quienes tienen una salida atractiva en el mercado (higiene bucodental) y quienes tienen unas condiciones precarias y bajos salarios (cuidados auxiliares de enfermería, farmacia). Una constelación de situaciones y posibilidades bien distintas que conducen a trayectorias diferentes y producen perspectivas variadas. Sin embargo, tienen en común algunos elementos clave que permiten agruparlos como colectivo. En este apartado se atenderán tanto los puntos de encuentro como las diferencias entre unos y otros.

El primer y más importante elemento que comparten todos los discursos de los ciclos de orientación pública media es el deseo de trabajar en el SSPA. El trabajo en el SSPA, como funcionario, es el referente al que todos aspiran. Aunque el rechazo al trabajo en la empresa privada no siempre se especifica, parece que los alumnos de estos ciclos comparten la opinión de los alumnos de ciclos de alta orientación pública en este punto: el trabajo en el mercado privado es más inestable, peor pagado, y a menudo también menos interesante (por comportar tareas más mecánicas o funciones más delimitadas):

M: Yo por lo que he escuchado, de Vanesa... que en lo privado se centran en una cosa solamente, por ejemplo ellas están en investigación y solamente están en eso... no aprenden nada como nosotros, por ejemplo el procesamiento de una muestra, ni ven nada, es que están muy encerradas en una cosa, nosotros lo vemos todo... tienen que aprender más cosas... (G2)

Ahora bien, lo que distingue a estos alumnos de los de ciclos de alta orientación sanitaria es que, al contrario que éstos, no están tan dispuestos a realizar los mismos sacrificios o no tienen las mismas posibilidades (o más bien no creen que las tengan) de acceder al SSPA. Es curioso que los ciclos más orientados a lo público de los que componen este grupo (laboratorio de diagnóstico clínico y anatomía patológica y citología) tienen más o menos las mismas posibilidades de acceder al SSPA que sus compañeros procedentes de ciclos de alta orientación pública, pero no parecen percibirlo del mismo modo. Pensamos que esta diferencia puede deberse a la existencia de un mayor abanico de salidas laborales entre unos y otros. Los alumnos de los ciclos de alta orientación pública sólo pueden optar entre trabajar en la sanidad pública y la privada, mientras que los de anatomía patológica y citología y laboratorio de diagnóstico clínico tienen abierta la opción de los laboratorios privados, que conforman un mercado más amplio. Quizá al tener menos orientada su salida profesional contemplan sus opciones en el SSPA de un modo diferente, más cuesta arriba, más bloqueadas. Lo cual les hace ser más negativos respecto a un futuro empleo en el SSPA y les mueve a trayectorias ligeramente distintas, como se expondrá más adelante. Un caso similar lo representa el ciclo de cuidados auxiliares de enfermería, que dispone de muchos puestos en el SSPA, pero sus alumnos consideran que tienen escasas posibilidades de alcanzarlo algún día. También en este ciclo existe un mercado de trabajo amplio, de hecho el más amplio de todos los ciclos de familia sanitaria. Pero en su caso también juega el hecho de ser un ciclo de grado medio, cuyos alumnos están menos formados y que, por ello, pueden llegar a sentirse más inseguros respecto a sus oportunidades en unas oposiciones.

Los restantes ciclos de este grupo tienen, efectivamente, menos posibilidades reales por la es-

casez de puestos de trabajo (dietética, farmacia) o directamente ninguna por la falta de reconocimiento de sus títulos por el SSPA (higiene bucodental, salud ambiental). Así pues, el segundo rasgo compartido por los alumnos de ciclos de orientación pública media es el marcado pesimismo respecto a su futuro laboral, pues consideran muy difícil acceder al puesto de trabajo que más anhelan: funcionarios en el SSPA. Este es mayor cuanto menos posibilidades objetivas de ingresar algún día en el SSPA existan y menos atractivas sean las alternativas en el mercado privado (que se corresponde con el perfil de los alumnos de cuidados auxiliares de enfermería y farmacia). Las siguientes citas ilustrarán esta sensación:

M: Sí, es muy difícil entrar en el sistema sanitario.

M: Sí, es difícil...

M: Y oposiciones, si tu aprueba las oposiciones, tienes un punto más, pero no te llaman.

M: No, no te llaman. (G1)

M: Sí, porque hay que opositar, hay muy pocas plazas. A las que hemos estado allí es imposible. Nos han dicho que aparte de que para lo nuestro hay oposiciones también y las Técnicas están supliendo para opositar, porque de hecho mi libro me lo han pedido a mí para estudiárselo ellas, para mirarlo. (G4)

Como es lógico, la principal reivindicación de este grupo de alumnos no puede ser otra que la creación de más puestos de trabajo en el SSPA (ya sea por el reconocimiento de los títulos que aún no lo han sido o por el aumento del número absoluto de empleos para técnicos) y la mejora de los procesos de selección, de modo que se facilite su acceso al SSPA. En efecto, aquí coinciden de nuevo con los alumnos de ciclos de alta orientación pública. Los entrevistados de este grupo se encontraban bien informados sobre las condiciones de entrada al SSPA, aunque no con tanta profundidad como aquellos. Quizá porque, al contrario que los técnicos que orientan su carrera exclusivamente hacia el SSPA, tienden a pensar que encontrar trabajo en la sanidad pública es tan difícil que descartan de entrada esta posibilidad. Razón por la cual preferirían limitarse a demandar al SSPA más puestos de trabajo en lugar de preocuparse por los mecanismos concretos por los cuales pueden conseguir alguno de los escasos puestos existentes, al menos quienes tienen posibilidad de hacerlo porque el SSPA reconoce sus títulos. De un modo u otro, todos los alumnos de este grupo coincidieron en esta reivindicación:

M: A mí me gustaría que la parte esa pública se solucionara, porque por lo menos tener tú la libertad de decir: "Quiero trabajar en lo público o en lo privado", por lo menos eso. Ahora mismo como sólo tenemos la parte privada no hay otra opción, o trabajas para alguien que tiene la clínica, el negocio, o te montas tu propia clínica, otra cosa no... (E7)

M: Lo ideal sería, pues eso, en los casos nuestros que somos técnicos en farmacia, pues que el SAS reconociera esa categoría y abriera la bolsa y tuviéramos la opción de empezar a trabajar en las farmacias hospitalarias... Eso sería lo ideal, aunque fuera de forma esporádica, que no fuera... pero por lo menos que eso fuera una forma de empezar y de poder trabajar, porque ese trabajo lo están haciendo ahora mismo los auxiliares de enfermería que no tienen la preparación... (G2)

Como se desprende de la segunda cita, el deseo no satisfecho de puestos de trabajo en el SSPA no sólo se traduce en reivindicar la creación de empleo público o mejores condiciones de acceso al mismo, sino que también alimenta la competencia entre los mismos técnicos o con otras profesiones sanitarias. También aquí se reproduce una pauta ya observada en los técnicos de alta orientación pública, que se da con la misma o mayor virulencia entre los de orientación pública media. Los primeros tienden a ser más críticos con el SSPA, los segundos inciden más en el problema del intrusismo de otras profesiones y la necesidad de una renovación generacional en el SSPA (que les permitiese ocupar unos puestos que hoy desemepeñan personas menos cualificadas que ellos,

como ya se viera anteriormente):

H: Yo creo que habría que contratar... para un trabajo habría que contratar a la persona específica. Igual que yo no puedo hacer el trabajo de un enfermero o de un patólogo, que ninguna persona que haya estudiado otros estudios pueda hacer el trabajo que tengo que hacer yo...

M: Es que hay muchos, por ejemplo que pueden optar a nuestro puesto, habiendo yo estudiado y matado dos años y que se pueda... y que no te pidan...

H: Y que seguramente lo harás mucho mejor porque estas preparada para ello... sí, que luego el tiempo también lo da, pero claro si a ti te hubieran cogido en ese tiempo pues lo harías el doble de mejor que los demás (G2)

M: Las máquinas llevan mucho tiempo, y el trabajo también de cada uno que podemos hacer en el laboratorio es un puesto... Yo no sé como lo hacen con la gente para cubrir los puestos. ¿Por qué tienen que estar todavía la gente que trabajaban hace 20 años? que no tienen ni idea y vuelve otra vez... (G2)

Los auxiliares de enfermería son, como habrá podido observarse, el blanco principal de las críticas del resto de técnicos. En este sentido puede decirse que los alumnos de ciclos de orientación pública media son menos corporativos que los de alta orientación pública, quienes tienden a defender a todo el cuerpo profesional frente al SSPA y el resto de profesiones sanitarias. Que duda cabe, la competitividad entre técnicos debilita su posición en el sector, puesto que la cooperación hacia dentro fortalece la capacidad defensiva de la profesión hacia fuera, mientras que la competencia interna la atenúa.

Pero no es la única vía de argumentación por la que se reivindican puestos de trabajo en el SSPA. Otra idea que surgió a menudo en el discurso de estos alumnos es que hay trabajo pero no empleo. Por la experiencia de estos alumnos en la FCT, creen que el personal del SSPA se encuentra sobrecargado de trabajo, que asume más del que podría o debería gestionar. Por eso opinan que la creación de empleos para técnicos no es sólo una medida egoísta, sino que contribuiría a mejorar la situación de los actuales trabajadores del SSPA y a elevar la calidad del servicio. En otras palabras sería bueno para todos:

M: La mayoría en los ambulatorios y en las consultas son las que llevan muchos años ya.

M: Pero vamos, que en planta estaba yo con una de 55 o de 65 que le quedaba un año para jubilarse, que me decía la pobre, yo no puedo con mi cuerpo, que ahora mismo te daba mi nomina, porque no puedo. (...)

M: Que no tienen personal y el que llega allí desde luego... con los brazos abiertos porque es un trabajador mas.

M: con la de gente que hay parada y no...

H: Y de noche... de noche un auxiliar y un celador por planta y punto, y ya está... (G1)

M: No parar... Hay trabajo, hay mucha gente pero hay mucho trabajo...

M: En el nuestro siempre le gustaría que hubiese más gente, siempre están diciendo, en casi todos los laboratorios siempre están diciendo, a mí me gustaría que hubiese aquí algún técnico más, porque... llevan el trabajo al día, pero no es lo mismo llevarlo al día porque hay días que como lo llevas al día hay días que son muy tranquilos, entonces esos días no te hace falta alguien más. Pero cuando hay días que te viene todo a la vez sí que les hace falta alguien más, entonces sí que echan de menos a los de prácticas o si hubiese allí un técnico más tampoco... tampoco les vendría mal.

M: También en farmacia falta gente. (G2)

El tono, como puede verse, es distinto al de los alumnos de ciclos de alta orientación pública, más rebajado, más cercano a la petición que a la exigencia, tratando de vincular sus demandas al bien común. Aquí reside la diferencia capital entre los alumnos de los ciclos de alta y media orientación pública.

¿Cómo afecta todo lo anterior a la percepción sobre el SSPA y la formación recibida? La segunda cuestión varía según la situación concreta de cada ciclo, como veremos más adelante. Sin embargo, la concepción que los alumnos de estos ciclos tienen del SSPA suele ser muy positiva, a pesar de las mencionadas críticas hacia la política de contratación. Para la mayor parte de los alumnos de estos ciclos realizar la FCT en el SSPA ha supuesto conocer por vez primera como funcionan cotidianamente los hospitales y centros de salud, lo cual les ha sorprendido gratamente: se trabaja mejor, está mejor organizada, los trabajadores se implican más con los alumnos en prácticas, se aprende más y mejor, se realizan tareas más variadas, etc. La valoración es más positiva cuanto menos posibilidades se perciban de acceder al SSPA y menos atractiva resulte la alternativa privada: una vez más nos referimos a los alumnos de los ciclos de cuidados auxiliares de enfermería y farmacia. Parece por ello probable que la buena imagen que el SSPA tiene entre los alumnos de estos ciclos esté causada por lo lejano que es el SSPA para ellos, porque pertenece al reino de las aspiraciones y no al de las posibilidades materiales. De ahí que se idealice al SSPA, que se lo conciba como una meta hoy por hoy inalcanzable, pero que representa el deseo de un futuro mejor. En especial si se lo compara como la realidad precaria del trabajo en el sector privado:

M: Yo lo sé también por el hospital, el hospital es un trato muy diferente, verdad,

M: Sí...

M: Están pendientes de lo que tú haces, de lo que no haces, te preguntan... pero allí no

M: Te orientan y te dicen pues cuando terminéis mandáis el currículum...

M: allí no dicen nada, en el privado nada

M: Y ahora sé también de compañeras que hasta la semana no se han visto ellas allí atendidas y arropadas, que mas o menos, que me la dejaran... (G1)

M: Aquello es guapísimo, a mí me ha encantado, la verdad, es muy distinto a cómo se ve por fuera. No sé decirte cómo funciona, pero la verdad es que por fuera no tiene comparación a cómo se ve por dentro ni nada, está todo muy relacionado, está... No sé, a mí me ha encantado, la verdad. (...) Sí, como paciente siempre estás que si los médicos no sé qué, quejándote de todo, y después por dentro se ven los problemas que hay de verdad y por lo que a lo mejor el médico no te puede dar el resultado de lo que sea, porque a lo mejor... Claro, a lo mejor un médico te dice que te tiene que dar una analítica tal día, y a lo mejor se han roto las máquinas o algo y el médico no tiene culpa, ni las técnicas tampoco, pero el paciente se enfada, que si tenía que estar hecha la analítica hoy y no está... Se ve de un modo muy distinto, desde dentro ves los problemas que de verdad hay y los comprendes mejor que estando fuera. (E10)

Insistimos que esto no implica que la visión de este grupo de alumnos tienen del SSPA sea falsa o poco objetiva. Sólo que la posición de cada alumno hace que vea las cosas de un modo muy diferente al de otros que se encuentran en una situación distinta, sin que ello signifique que una es más cierta o más errónea que otra.

Pasemos ahora a examinar las estrategias que siguen los alumnos, según las condiciones de las que parten, para enfrentarse a la contradicción entre el deseo de trabajar en el SSPA y la percep-

ción de que existen pocas posibilidades de lograrlo, que como venimos diciendo es la constante que une a todos los técnicos de ciclos de orientación pública media. Si el alumno es joven, acaba de terminar la E.S.O. o el Bachillerato, su ciclo tiene poco mercado o las condiciones que ofrece el mercado son poco atractivas y tiene una firme voluntad de cumplir el objetivo de trabajar en el SSPA, entonces con toda probabilidad escogerá seguir estudiando. Esta situación parece ser muy común, a tenor de los resultados del estudio. Los alumnos que siguen este camino optarán entonces por matricularse en otro ciclo -sobre todo si el primero es de grado medio, aunque no es infrecuente que se cursen dos ciclos de grado superior- o en una carrera universitaria, a la que tienen garantizado el acceso los técnicos superiores. Los más jóvenes entre ellos creen que, de esta forma, tendrán más posibilidades de encontrar algún día empleo en el SSPA:

Entrevistador (E): UNA PREGUNTA... ¿CREEÍS QUE TENIENDO MÁS ESTUDIOS SE TIENE MÁS TRABAJO?

M: Sí.

M: Más posibilidades...

M: Indudablemente mientras más preparada estas para más cosas tienes más posibilidades. (G2)

Se trata de una opinión que no comparten personas de más edad o que han cursado previamente estudios universitarios, pero que la mayoría de los jóvenes técnicos continúan teniendo muy asimilada. Continuar estudiando supone además mantenerse ocupado de un modo productivo mientras se espera la oportunidad de ser llamado si se está apuntado a las bolsas de empleo del SSPA. La mayor parte de estos técnicos jóvenes manifiestan que no les importaría trabajar desde ese momento, pero que las malas condiciones laborales (bajos salarios, contratos cortos, etc.) en el mercado privado y las escasas posibilidades que creen tener de acceder en el SSPA les mueve a prolongar sus estudios. Otros muchos ni siquiera se plantean aceptar ofertas de trabajo por el momento, puesto que su único objetivo es orientar su futuro laboral hacia el SSPA:

H: ¿El futuro? Yo el futuro espero verlo de técnico en rayos. (...) Pero ya te he dicho que no me importaría nada trabajar de auxiliar, que tampoco... Lo que pasa es que en la vida hay que mirarlo todo, por ejemplo las salidas, el salario... ¿Un auxiliar de enfermería cuánto puede ganar? Hay sitios en los que me parece que te pagan setecientos euros, y con setecientos euros tú en un mes, si tienes una familia, tienes una casa, coche y tal, no puedes permitirte, y si te vas a una pública pues sí, tienes un sueldo normal, pero entrar en la pública está muy complicado, es muy difícil. (E3)

M: El futuro lo veo estudiando, vamos, estudiar y después no sé, unas oposiciones para meterme en lo público para trabajar. (E10)

M: Vamos, me han llamado del laboratorio pero yo pienso seguir estudiando, y pienso ser funcionaria. (G4)

En ambos casos se considera que el ciclo ha sido una transición, una formación puente, un paso hacia la única meta contemplada. El ciclo ha sido una experiencia positiva, una toma de contacto con la futura profesión, una base para lo que se va a estudiar a partir de entonces. Además, estar en posesión de un título siempre ayuda en la trayectoria profesional posterior (recuérdese que para estos alumnos más estudios implican más posibilidades de encontrar empleo):

M: Como también tenía estadística y la estadística se me da bien, pues por eso lo hice, y me ha dado la nota y ahora he echado la preinscripción.

M: Anda, te vas a meter en Nutrición, ¿no?

M: Sí.

M: Que ya más o menos sabes.

M: Ya tienes una base.

M: Hombre, sí. Ves a gente que está haciendo Técnico Superior de Dietética y sé que es mucho más fácil.

M: Por eso, que no te va a costar tanto. (G4)

M: Dos años estás estudiando, pero después te merece la pena.

M: Y además, que no estás haciendo el tonto, que después tienes un título, o sea, que es que.

M: Y que tiene ya más algo que ver el trabajo con la carrera. (G4)

En estas condiciones, la valoración que este tipo de alumnos hacen de su formación ha de ser relativizada, sobre todo si tenemos en cuenta que la misión de la FP es insertar a quienes la cursan en el mercado de trabajo. Los técnicos que prolongan sus estudios tienen una buena opinión de la formación que han recibido, tanto de la teoría como de la práctica. Pero no porque les haya servido para encontrar empleo -que, debemos insistir, es el objetivo de la FP-, sino como un escalón, un paso intermedio en el conjunto de su aprendizaje. En consecuencia, su evaluación no es demasiado fiable, pues no responde a los criterios para los que está pensada la FP.

Por el contrario, hay otros alumnos que deciden trabajar una vez concluido el ciclo, pero de nuevo nos encontramos con varias posibilidades. Puede que sean técnicos que hayan cursado su segundo ciclo, es decir, que hayan cursado anteriormente otro ciclo de grado medio o superior según el modelo descrito más arriba. También se incluirían los alumnos que han realizado previamente estudios universitarios, un perfil que se da con cierta frecuencia. En estos casos, la salida profesional depende de hacia donde haya orientado su futuro el alumno. Quienes deciden orientarse definitivamente al SSPA pasan a ocupar una posición similar a los alumnos de ciclos de alta orientación pública, lo que nos remite al punto anterior. Por ejemplo, es habitual que muchas personas comiencen estudiando anatomía patológica y citología y que después cursen laboratorio de diagnóstico clínico y viceversa, que primero cursen laboratorio de diagnóstico y más tarde anatomía patológica. Cuando el alumno termina el primero de los dos ciclos se encuentra en la posición que venimos analizando en este punto, es decir de orientación pública media. Como es joven y tiene muchas dudas sobre su futuro, pero desea por encima de todo trabajar en el SSPA, decide completar su formación con un segundo ciclo. Una vez termina este segundo ciclo ya se siente preparado para intentar acceder al SSPA, lo cual le sitúa en la misma posición que los alumnos de ciclos de alta orientación pública: tiene una visión más crítica del SSPA y de su formación, conciencia de la necesidad de defender la profesión, etc.

La segunda posibilidad es que, independientemente de si el alumno ha cursado o no otro ciclo anteriormente (lo cual suele suceder de todos modos), decida dejar de estudiar y buscar empleo, renunciando a acceder al SSPA. En este caso se valorará por encima de todo la FCT, reclamando una orientación todavía más práctica de sus ciclos y un aumento del número de horas de la FCT. Si pueden, los alumnos tenderán a escoger la empresa privada como lugar de realización de la FCT, pues saben que existen muchas posibilidades de ser contratados una vez terminado el periodo de prácticas. Aunque, eso sí, nunca olvidan la demanda de que, en un futuro, el SSPA reconozca sus títulos y/o cree más puestos de trabajo para los técnicos:

M: La valoro positivamente [la experiencia del ciclo]. Vamos, por la parte teórica sí, bien, con la parte práctica es con lo que estoy un poco disconforme. Deberían prepararte más prácticamente para después de las prácticas no estar tan perdida en un trabajo que te surja, deberías estar

más preparada, en mi caso. (...) Sí, pero como están las cosas como están, que en Andalucía es el único sitio donde no está reconocido a nivel público... No, es lo que yo tenía entendido, que todavía no hay puesto de higienista a nivel público. (E7)

H: Te dan una base que luego tu ya... En el módulo lo único que tan es una base, unos cimientos, pero en realidad donde tu aprendes es en las prácticas, yo creo que en los módulos si le quitaran las practicas no aprenderías casi nada, ni la mitad de lo que aprendes... (G2)

Entre los alumnos que buscan trabajo tras terminar el ciclo, cabe distinguir a aquellos que se enfrentan a un mercado que les ofrece escasas oportunidades de realización personal, bajos salarios y contratos temporales (cuidados auxiliares de enfermería, farmacia); y a quienes tienen una serie de salidas profesionales interesantes, bien remuneradas y potencialmente estables, pero que son ajenas al SSPA. Es el caso de los alumnos de salud ambiental, higiene bucodental y, en menor medida, dietética¹⁸. Cuando se dan estas condiciones, el alumno manifiesta una gran satisfacción con la formación recibida, sobre todo si ha conseguido encontrar trabajo con cierta facilidad. Los alumnos con unas perspectivas laborales menos atractivas no valoran tan positivamente sus estudios, lo que no deja de ser comprensible.

El ciclo salud ambiental representa un caso particular. A grandes rasgos sus características son las mismas que el resto de ciclos de este grupo, principalmente por aspirar a un empleo en el SSPA pero tener bloqueado el acceso, pues el SSPA no reconoce su título. Ahora bien, su orientación laboral preferente sigue estando en el sector público, pero no en el SSPA. El futuro empleo de estos técnicos se encuentra más bien en las empresas públicas, municipales principalmente, realizando labores de inspección y evaluación, y marginalmente también en algunos laboratorios privados. Lo que en ningún caso conlleva que dejen de reclamar el reconocimiento de su título por parte del SSPA:

M: Yo sí, yo lo veo muy chungo. A la pregunta que tú has hecho, yo lo veo muy chungo. Yo para mí, más chungo todavía. Porque yo, por ejemplo, he visto las oposiciones que han salido este año para Radioterapia, para Dietética... y es increíble, y yo... yo en ningún sitio, vamos. (Risas) Que es lo que hemos dicho antes, ¿no? Yo soy salud Ambiental, o sea, que es que tendría que tener un poquito más de posibilidad, ¿no?, porque podría estar en las dos Consejerías, pero es que no estoy en ninguna. O sea, hay unas oposiciones de Coordinador de Sanidad Ambiental, pero ese hombre es un diferenciado que no tiene nada que ver conmigo, vamos, así que deberían de mirar por nosotros. (G2)

3.3. Baja orientación pública

Finalmente, hay un tercer grupo de ciclos (conformado por los ciclos audioprótesis, prótesis dentales y ortoprotésica) que no tienen ninguna orientación hacia el SSPA, sino que encaminan su futuro laboral exclusivamente hacia el mercado privado. Un mercado donde abundan las oportunidades de empleo, con altos salarios y buenas condiciones laborales. Esto les aproxima al grupo de ciclos de orientación pública media con buenas salidas laborales fuera del SSPA (higiene bucodental, dietética, salud ambiental). Pero existe una diferencia capital entre estos últimos y los alumnos de baja orientación pública: no reivindican reconocimiento de sus títulos ni puestos de trabajo en el SSPA. El SSPA es una realidad completamente ajena, ni siquiera está planteada como un futuro posible: está fuera de sus horizontes. Sus futuras carreras profesionales van a desarrollarse en el mundo de la empresa, con escaso contacto con el SSPA. Por eso, aunque puedan llegar a considerar interesante conocer el SSPA por dentro, precisamente por las futuras relaciones que tendrán que mantener con profesionales del SSPA, no manifiestan un especial interés en realizar la FCT, en sus centros, ni siquiera en parte:

18. En menor medida porque, a pesar de ser una profesión emergente en el mercado de trabajo, muchos de los alumnos de este ciclo paracen preferir orientarse hacia el sector público, lo que les sitúa en las trayectorias descritas más arriba.

M: Hombre, prácticas, prácticas, aparte de en ortopedias como no sea tipo hospitales... ¿A eso es a lo que te refieres? Lo que pasa es que eso ya lo haces tú dentro de la misma ortopedia, por ejemplo no he ido, pero las ortopedias que atienden a las personas... Podía haber ido, porque hacen visitas al hospital, pero eso ya es que te digan a ti: Vente conmigo. Y tú vas y ves, y haces cositas allí. Sí, la verdad es que tiene que estar bien (...) También estaría bien hacer las prácticas... Como si formara parte de las prácticas, a lo mejor igual que hemos estado dos semanas rotando pues dos semanas en un hospital cada uno. Hombre, tiempo no habría, porque ortopedias hay muchas, pero hospitalares hay más bien pocos, pero vamos, que sí estaría bien la idea, no lo había pensado. (E11)

Seguramente por gozar de altas expectativas laborales, los alumnos de estos ciclos parecen encontrarse mucho más motivados y se sienten más optimistas que los de los restantes ciclos de familia sanitaria. Como los alumnos de los ciclos de alta orientación sanitaria, están dispuestos a salir fuera de su ciudad si van a conseguir un empleo, lo que indica una voluntad fuerte de dar salida a sus estudios y una notable conciencia de profesión. Pero, al contrario que éstos, presentan una disposición hacia la creación de sus propias empresas desconocida en el resto de ciclos de FP de familia sanitaria. En síntesis, manifiestan una gran confianza en sí mismos y en su formación:

M: Yo lo veo bien, sobre todo por Andalucía. No hombre, aquí también, pero... Yo lo veo bien, la verdad es que de siempre como le veo más rentable a nivel económico es montándote tú tu propia empresa, como en todos lados, pero también lo veo muy difícil, porque no es barato de sacar para adelante y es difícil, como todas las empresas, es difícil, hay que currar mucho y todo eso. Lo veo complicado porque tienes que tener un buen sitio, tienes que tener una buena maquinaria y sobre todo tienes que tener buenos técnicos, que sí, que salga una promoción... “Venga, tú, vente conmigo”, vale, pero uno con experiencia te lo tienes tú que buscar también. Y nada, pero el futuro la verdad es que lo veo bien, que está bien, que tú empiezas a trabajar... Al principio como en todos lados ganas más bien poco, pero ya después tú vas... Si eres bueno vas a ser bueno, y como en todos lados te van a pagar bien. Pero yo creo que el trabajo faltar no va a faltar, no lo sé. Y el tema este que yo te digo, yo por lo menos lo había pensado, que si yo pudiera mi futuro sería el de montar mi propia empresa, vamos, que siempre lo he dicho, desde que entré. (E11)

En efecto, estos alumnos se muestran muy satisfechos con la formación que han recibido, lo que sin duda se debe a la correspondencia entre expectativas, aprendizaje y buenas salidas laborales: la formación se ajusta a lo que el mercado de trabajo demanda, y esto se traduce en buenas condiciones laborales y oportunidades de desarrollo profesional. Por todo ello, los alumnos de ciclos de baja orientación pública consideran todo un acierto su decisión de estudiar el ciclo, realizando un balance muy positivo de la experiencia:

M: El ciclo también me ha gustado mucho, muy interesante, aunque empezó todo... Nos faltaba material, todo muy corriendo, llegaban las cosas y había que ponerse y organizar, pero la verdad es que el ciclo muy bien, el profesorado muy bueno, las instalaciones al final han quedado yo creo que de las mejores instalaciones que puede haber de este ciclo, la verdad, hay mucho dinero invertido. Te lo digo porque yo ahora voy a montar una clínica y estoy viendo el tema de comprar los aparatajes y el dinero que hay invertido es mucho, yo creo que están dando muy buena calidad. (E2)

Esto no significa que no tengan sus críticas, aunque éstas resulten mucho más moderadas que las que se producen en otros ciclos. Fundamentalmente piden que se incremente la duración de la FCT, que consideran corta. Parece que cuanto más se oriente el alumno hacia la consecución de un empleo fuera del SSPA recién concluido el ciclo, más se demanda un aumento de las horas de prácticas. Cabe sugerir que cuanto más orientado al mercado de trabajo esté el alumno, más prácticas demandará:

M: Lo que también te digo es que el tiempo de prácticas es muy poco, deberíamos tener más tiempo de prácticas, es muy poco, del uno de abril al diez de junio, muy poco tiempo, y este traba-

jo yo creo que es todo con las manos, que tienes que aprender muchas cosas y que necesitaríamos más tiempo de prácticas. (E12)

A pesar de todo, algunos alumnos de estos ciclos también deciden prolongar sus estudios, básicamente en la universidad. Pero lo hacen en menor grado que en otros ciclos, donde esta práctica es más habitual. Sólo unos pocos, que desde un primer momento tuvieron claro que iban a cursar el ciclo como un medio para acceder a la universidad y no como un fin en sí mismo. Aún así muchos de los que se matricularon en el ciclo con esta intención cambiaron de opinión según les fue interesando el ciclo. De nuevo esto nos sugiere que se trata de ciclos bien organizados y que responden satisfactoriamente tanto a las demandas del mercado de trabajo como a las de los alumnos. Lo que equivale a decir que cumplen los fines para los que existe la FP:

M: Yo creo que al final todo el mundo se va a dedicar en su mayoría a esto. (...) Yo creo que al final se decantará más por lo privado la mayoría, crear sus propias empresas... (...) Yo creo que la mayoría se dedicará a esto, aunque habrá una minoría que sí hará medicina o enfermería. (E2)

4. EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN EN EL CICLO

Tras examinar el perfil de los alumnos y la influencia que tiene en sus perspectivas el modo en el que orientan sus futuras carreras laborales, se procederá a discutir los aspectos concretos que los alumnos destacaron como los más relevantes en su periodo formativo. Este capítulo se dedicará a los elementos que se refieren al ciclo en general, especialmente a los profesores (su nivel, su implicación, etc.), al peso relativo de la parte teórica y la práctica en la organización del ciclo y a la adecuación de sus contenidos a las futuras funciones de los técnicos como profesionales sanitarios. En el capítulo siguiente se ofrecerá una evaluación similar, pero centrada en la FCT. Nos permitimos recordar que se atenderán sobre todo los problemas y dificultades más notables, pues en ellas se encuentra la clave para mejorar el modelo formativo.

4.1. Evaluación del profesorado

Los profesores son los responsables principales de la formación de los futuros técnicos. En consecuencia, resulta imprescindible conocer la opinión que los alumnos tienen de su labor. Ahora bien, ¿qué criterios siguen los alumnos para juzgar si los profesores les han enseñado bien?, ¿hasta que punto puede ser fiable la opinión de alumnos que ven el ciclo sólo como un medio para acceder a la universidad?, ¿cómo saben si se encuentran bien preparados si la mayor parte todavía no han comenzado a ejercer su profesión? Son dudas que fueron surgiendo en el periodo de investigación, en particular por afirmaciones como esta:

M: Ah, de otros ciclos, pues no lo sé, yo es que de los que a mí me tocaron no... Vamos, la teoría... Yo estuve trabajando y estudiando a la vez y lo pude llevar, y muchas compañeras igual, que es una cosa que se puede llevar perfectamente, que es teoría, tienes que estudiar, son exámenes pero no es complicado a ese nivel, puedes sobrellevar las dos cosas. (E7)

¿El que la formación sea llevadera para el alumno la hace mejor o peor? No está del todo claro que así sea, ni tampoco que no lo sea. Por otra parte, como ya se ha visto la orientación sectorial influye decisivamente en la percepción de la propia formación, siendo más críticos con su formación en general, y con los profesores en particular, quienes están más orientados hacia el SSPA. Sin embargo, los alumnos de baja orientación pública muestran un alto grado de satisfacción con sus profesores, teniendo por lo general su carrera encaminada al mercado de trabajo y a menudo encontrando empleo con facilidad. ¿Significa esto que unos tienen más o menos razón que otros?, ¿quizá los profesores de unos ciclos son peores o responden menos a las expectativas de sus alumnos que los de otros? Es difícil responder en un sentido o el contrario. Tampoco podemos asegurar, teniendo en cuenta el pequeño tamaño de nuestra muestra, si nos encontramos ante relaciones sistemáticas o ante casos de profesores o institutos aislados. De hecho, salvo un tono

algo más crítico por parte de los alumnos de ciclos de alta orientación pública, la mayor parte de los entrevistados manifestaron sentirse bastante satisfechos con el profesorado, señalando que los problemas se daban fundamentalmente con ciertos profesores concretos, no con los profesores en general. Valga esta cita como ejemplo:

M: No, solamente con el que tuvimos roces en primero, que para nosotros no tenía mucho nivel, la verdad, teníamos que andar buscando nosotros cosas para saber cómo se hacían, pero después por lo demás tenían un buen nivel. En segundo sí tenían mucho más nivel que en primero, por lo menos nos han demostrado eso. (E10)

En principio, parece que los alumnos saben, como poco, cuando un profesor no está a la altura, cuando no se implica con sus alumnos o no sabe explicar bien las materias. Así pues nos limitaremos a poner de manifiesto que existe una satisfacción bastante generalizada con el profesorado: con sus conocimientos, su grado de implicación, los métodos de enseñanza, etc. Además, gran parte de los alumnos agradecen que el profesorado sea exigente, contrariamente a lo que podría pensarse en un primer momento. No resulta sorprendente si se recuerda que los futuros técnicos sanitarios sienten un gran deseo por dignificar su título frente al de los universitarios, lo que exige recibir la mejor formación posible:

M: Quería sacar sobresaliente porque para lo que lo quería era para ATS, pero de todas maneras los profesores fueron buenos, nos enseñaron bastante bien, eran casi todos gente que había trabajado en el hospital y saben la necesidad que tiene (...) Sí, sí, la más fuerte para mí fue patología, porque había anatomía, que también era algo, porque nos hacían muchos exámenes sorpresa durante la semana, lo que explicaban... (...) Y allí en eso eran más estrictos, pero era porque sabían el camino que queríamos llevar. Hombre, había gente que quería eso para trabajar de lo que estaban estudiando, pero como sabían que había mucha gente que lo quería como puente para seguir estudiando otra cosa, pues daban bastante caña. Yo el nivel lo vi bien. (E8)

Incluso entre los alumnos de ciclos de alta orientación pública (que, insistimos, son los más críticos con sus profesores) circula una opinión muy parecida. El problema no es ni mucho menos que los profesores sean exigentes, sino que exijan a los alumnos un nivel que ellos mismos no ofrecen, siempre en su opinión:

M: Y bajando nota porque exigen más de lo que dan, que es el problema... el problema es que exigen más de lo que dan... pues no señor... si no sabes aprende, antes de venir a la clase, sino no vengas, cipote, si al final voy a saber más que tú... (G3)

Como puede verse, el problema que plantea la alumna en la cita no es tanto que el nivel del ciclo fuese demasiado alto, sino que los profesores, en su opinión, no daban la talla que sin embargo exigían a los alumnos. Es más, como puede apreciarse en la conversación siguiente, de nuevo no es tanto un problema del conjunto del profesorado como de alguno de los profesores en particular y de la excesiva diferencia que existe entre ellos:

H: Porque hay una diferencia entre cada profesor...

M: A nosotros por ejemplo nos pedía lo mínimo y a ellos les pedía lo máximo, y entonces pues hay una diferencia de su proyecto al mío, yo el mío le he... sinceramente lo que es copiar y pegar y poco más y alguna foto y ya se ha acabado el proyecto, y este el PowerPoint... (G3)

En resumidas cuentas, parece razonable afirmar que la mayor parte de los alumnos valoran positivamente a sus profesores, siendo más críticos cuanto más orientan sus carreras laborales hacia el SSPA. Igualmente, se encuentra muy generalizada la opinión de que algunos de los profesores no alcanzan el nivel de los demás. No obstante, conviene ser prudente y no olvidar los problemas y las dudas enumerados anteriormente, y por tanto el carácter provisional de estas conclusiones.

Sea como fuere, merece la pena detenernos en las razones que aducen los entrevistados cuando afirman que algunos de sus profesores no tienen el nivel apropiado. De esta forma podremos conocer las posibles causas del problema y discutir potenciales soluciones. Por regla general, los alumnos señalaron que los profesores con menor nivel eran aquellos que enseñaban materias en las que no eran especialistas, o dicho en lenguaje vulgar “que no son las suyas”. Los alumnos detectan inmediatamente cuando se da un caso así, sobre todo porque se tiende a descargar en los propios alumnos el peso de la enseñanza, por ejemplo pidiendo que estudien por su cuenta determinados contenidos o que busquen la información en Internet. Son este tipo de actuaciones las que indignan, no sin razón, a los alumnos:

M: Pero ahí sabes que no tienen ni idea, que no están preparados para dar esa asignatura y la han dado porque les ha tocado,

H: Porque eso les da puntos...

M: Y le haces una pregunta y se quedan callados y te dicen que ya lo buscaran que lo van a buscar en internet que al día siguiente me la contestan...

M: ¡Pero es que para eso lo haces tú! ¡Lo buscas tú en internet! (G3)

Continuando con la cuestión del nivel de los profesores, los entrevistados tendieron a mostrar una gran admiración por los médicos¹⁹. Cuando un alumno hablaba de su profesor preferido durante el ciclo, en muchas ocasiones se estaba refiriendo a un médico. Es curioso, porque los propios estudiantes de medicina a menudo no tienen una opinión tan alta de sus profesores. Y como se viera en la parte de licenciados y diplomados, resulta corriente que los estudiantes universitarios lamenten que gran parte de las prácticas se realicen con médicos y no con profesionales de su misma carrera. Los estudiantes de ciclos de FP en cambio manifiestan una gran satisfacción con la labor docente de los médicos:

M: Pero este año hemos estado muy bien, porque además uno de los que nos daba clase era médico, el que nos daba microbiología, que se ponía a explicar y te contaba un montón de cosas, se podía llevar explicando un tema un montón de días. Vamos, que sabe un montón, y para mí ha sido el mejor profesor que he tenido. (E10)

M: La verdad es que aquí en Córdoba hay buenos profesionales, vamos, que casi todo son médicos y hay una buena enseñanza, vamos. (E13)

Es posible que la fascinación que sienten los futuros técnicos sanitarios por los médicos se deba a la relativa novedad y a la debilidad de su cuerpo profesional, o a esa voluntad por adquirir la mejor formación posible para no perder terreno frente a los universitarios. O a una mezcla de ambas. Si es así, es probable que con el tiempo, según los técnicos sanitarios vayan consolidando un campo profesional autónomo, los estudiantes tiendan también a reclamar que sus profesores sean técnicos antes que médicos o cualesquiera otros profesionales sanitarios. De hecho, como veremos en el capítulo 6, esta es una de las principales reivindicaciones del sindicato de técnicos sanitarios FATE-FETISSEM. Como no podía ser de otro modo, en las entrevistas y grupos los únicos alumnos que, aún tímidamente eso sí, apostaron por una mayor implicación de los técnicos en su enseñanza fueron los más corporativos, los que han cursado ciclos de alta orientación pública. Esto refuerza nuestra intuición, por lo que es de esperar que en un futuro esta idea irá calando progresivamente entre los alumnos de FP:

M: Yo creo que en las prácticas tendrían que haber puesto a algunos técnicos para darnos mí-

¹⁹. En ningún caso se habló de que fueran sólo licenciados en medicina, lo que nos mueve a pensar que efectivamente son (o han sido) médicos en ejercicio, a pesar de que los alumnos rara vez lo afirmasen explícitamente.

nimamente... muy poco, pero que fueran los encargados de que nosotros supiésemos...

M: Es que antes sí que daban a los técnicos un plus por enseñar a los de prácticas, pero ya no se lo pagan, entonces pues pasan olímpicamente. (G3)

Existe un segundo motivo de queja respecto a los profesores. En este caso no es que los profesores sean malos porque no tienen conocimientos suficientes de la materia que están impartiendo, sino de su falta de pericia al enseñarlos. Estamos ante especialistas sin experiencia docente. Este tipo de profesorado puede que domine plenamente los contenidos de los módulos que imparte, pero no sabe transmitirlos, no tiene nociones de metodología pedagógica, ni experiencia educando. En consecuencia, tampoco se implican con sus alumnos, ni saben orientarles. Eso sí, al menos este modelo de profesor puede llegar a aprender a ser un buen docente con los años, cuando acumule experiencia, lo cual hace que los alumnos tiendan a ser más indulgentes con ellos:

M: En el caso de tu tutora... pero era porque era el primer año que estaba la mujer...

M: Estaba allí y tenéis que hacer farmacia, porque no sé que no se cuanto, como tenéis una base de farmacia, pues no se cuanto, entonces la mujer tampoco, es que tampoco sabe de nada. A ver, sabe de lo suyo y todo eso pero como nunca ha estado trabajando de docente ni nada de eso, no sabe ni cómo va la cosa, ella es como una mandadilla siempre tiene que preguntarle a otra profesora para ver como se hace, lo que se hace. (...) Cada uno está haciendo pues más o menos de su trabajo o de cosas que se ha pillado, entonces yo ahora estoy haciendo el proyecto pero a mí ni me lo ha supervisado ni nada, yo estoy haciéndolo y yo no sé si lo estoy haciendo siquiera bien... (G2)

M: Sí. A lo mejor por titulación y tal tiene la plaza porque le corresponde tenerla y ya está, pero te das cuenta de que la enseñanza no es lo suyo, ni sabe llevar una materia ni... Y vas un poco ahí a ojo, a sacártelo tú como puedas, te vas buscando tú la vida y ya está. Pero bueno, en general la mayoría bien. (E5)

Sea por su falta de conocimiento especializado o por sus déficit pedagógicos, e independientemente de que se trate de casos aislados frente a una satisfacción generalizada de los alumnos de FP con sus profesores, los problemas existentes con los docentes de los futuros técnicos sanitarios no pueden ser ignorados o menospreciados. Sería pues deseable que se prestase la atención debida a la labor formativa en los ciclos de FP, examinando el nivel real del profesorado y tomando las medidas que se estimen necesarias para alcanzar el máximo nivel de calidad en la educación de los técnicos sanitarios.

4.2. Distribución temporal del ciclo

En este apartado se estudiarán las posturas de los alumnos entrevistados acerca de la duración del ciclo, así como al tiempo asignado tanto a los módulos de contenidos teóricos como a la FCT. En capítulos precedentes se han ido apuntando varias opiniones concernientes a este tema, por lo que nos limitaremos ahora a recordarlas brevemente, dedicando la mayor parte de este espacio a cuestiones que no hayan sido discutidas hasta este momento. Como se recordará, los alumnos de ciclos de alta orientación pública son los que reclaman con más insistencia reforzar el contenido teórico de los ciclos, sin que ello signifique sacrificar tiempo de las prácticas. Por su parte, los alumnos de ciclos de baja orientación pública y aquellos de entre los ciclos de orientación pública media que no tienen la intención de seguir estudiando, sino de incorporarse inmediatamente al mercado de trabajo, prefieren una mayor aplicación práctica de los ciclos y apuestan por una FCT más larga. Las personas de mediana edad y las procedentes de la universidad son de la misma opinión, precisamente porque también han cursado el ciclo con vistas a encontrar empleo. Los jóvenes que han realizado el ciclo como un medio de acceso a otros estudios, principalmente universitarios, manifiestan una mayor conformidad tanto con la duración del ciclo en general como con la de la FCT en particular, seguramente porque no valoran las aplicaciones prácticas del ciclo

que han estudiado, puesto que no piensan dedicarse a ello profesionalmente.

Alumnos de todos los tipos coincidieron en afirmar que el tiempo de los ciclos es escaso. Lo hicieron con independencia del número de horas que duraba su ciclo, lo que indica que es un problema que no se solucionará con la ampliación a dos mil horas prevista por la L.O.E. y que, como ya se ha dicho, entrará en vigor a partir del curso que viene. Según los entrevistados, los ciclos incluyen un temario amplio que es comprimido en un periodo que en ocasiones apenas llega a un año efectivo. Como consecuencia, el temario se da demasiado rápidamente, de modo que los alumnos se ven sobrepasados por el volumen de contenidos que deben aprender en poco tiempo. En el mejor de los casos, algunos módulos se imparten en menor tiempo que otros, desequilibrando la formación. De un modo u otro el aprendizaje se resiente, y los alumnos sienten que el ciclo se les queda corto, que algunos contenidos se les escapan, lo que les hace sentir inseguros respecto a su formación, poco preparados:

M: Lo único que veo es que le falta tiempo, que no da tiempo, que vamos súper agobiados y que es un ciclo que yo lo veo bonito y que podía estar muchísimo mejor complementado si tuviera más tiempo, porque llega un momento en el que estás agobiado ya porque no te da tiempo a terminar las cosas, no ves las cosas con la tranquilidad que te gustaría y es una cosa en la que se pueden aprender muchas más cosas y sacar muchas más cosas con un año más o equis más, lo que sea. (...) Pero es que hay temas que a lo mejor ni siquiera se han llegado a tocar, por ejemplo del tema del calzado hemos podido dar un poco de teoría, pero aquí como no te especialices tú en zapatero ortopédico no vas a ver nada, en tu vida profesional digo. (E11)

M: Yo es que creo que hemos dado poca teoría porque deberíamos de haber empezado este curso como otros ciclos, que empieza el curso dando todavía teoría y luego después haces las prácticas, porque nosotros lo hacemos tan condensado que al final muchas cosas se nos han escapado y no la hemos aprendido. Porque yo he llegado allí y me han empezado a hablar de cosas, y yo decía ¿Qué me estas contando? ¿Qué es esto? (G3)

Estas afirmaciones resultan contradictorias con otros elementos del discurso de los alumnos. Se recordará que muchas personas se sienten atraídas por los ciclos precisamente por su corta duración respecto a las carreras. Añadir un tercer año a los ciclos sería equipararlo con las diplomaturas, por ejemplo. Todos aquellos que cursan un ciclo con intención de incorporarse rápidamente al mercado laboral quizá se sintieran contrariados si pasase a durar tres cursos, en lugar de los dos actuales. Y sin embargo hasta los alumnos más orientados hacia lo práctico y la búsqueda de empleo estuvieron de acuerdo en que determinados contenidos no se trataron suficientemente en las clases, y que en general hacía falta más tiempo:

M: Hombre claro, sí, sí, ha habido muchos momentos en los que yo he dicho: “Esto lo he visto yo en clase pero lo he visto una vez de pasada, lo tendríamos que haber trabajado más porque esto en realidad sí que se hace”. Hay veces que sí, pero es que claro, a los profesores tampoco les da tiempo en el instituto a enseñarte todo, todo súper bien, es que no hay tiempo. (...) Claro, no hay suficiente tiempo, porque nosotros tenemos clase práctica en el instituto y también teórica, entonces en el laboratorio estábamos equis horas al día, no daba tiempo a todo. Ahora, que mi profesor la verdad es que ha corrido todo lo que ha podido para enseñarnos en el tiempo que teníamos, el chaval se ha portado muy bien. (E12)

Teniendo en cuenta que todos los alumnos de FP sin excepción desean estar tan formados como sea posible (ya sea para defender su posición respecto a otras profesiones sanitarias o simplemente por disfrutar de las mejores opciones de encontrar empleo), es lógico que desde su perspectiva pese más la sensación de necesitar más tiempo de clase que la de acceder cuanto antes al mercado laboral. Por consiguiente, sería recomendable revisar la duración de los ciclos e incluso meditar la posibilidad de aumentar su duración a tres cursos, como al parecer sucede en otros países europeos. Puede que esta medida en un principio hiciera menos atractiva la FP para algunas personas, pero a la larga es muy probable que sea la más apropiada. Es más, resulta probable que muchos de

los alumnos que hoy cursan los ciclos como vía de entrada alternativa a la universidad se sintiesen disuadidos de hacerlo si éstos durasen tres años, acercando más la FP a su objetivo original de formar técnicos y crear empleo.

Un segundo elemento sobre la distribución temporal de los ciclos que surgió en las entrevistas y los grupos se refiere al equilibrio entre teoría y FCT de algunos ciclos. En la fase consagrada a los licenciados y diplomados se vió que algunos estudiantes universitarios admiraban el modelo formativo de los ciclos de FP, pues en el mismo las prácticas no coinciden con las clases, como a menudo sucede en las carreras. Algunos de los alumnos de los ciclos no piensan del mismo modo. El no poder aplicar la teoría aprendida hasta que se han cursado todos los ciclos hace más difícil relacionar los contenidos de los módulos con sus futuras labores como técnicos. Para estos alumnos resulta extraño que unos conocimientos tan enfocados a la práctica se den en un primer momento en abstracto, sin contacto con su objeto real. Por eso, preferirían que según se concluye un módulo se realizasen prácticas en las que pudieran aplicar lo aprendido:

M: A mí me hubiera gustado que conforme nos fueran ido dando las cosas haber ido al hospital y haberlo visto...

M: Es verdad... a mí me hubiera gustado que... teoría, pues ahora te vas al hospital y lo haces y lo ves, otro por ejemplo... haces TAC, te vas, lo pruebas lo miras, haces resonancias, pues lo mismo, en fin otra (...)

M: Así es como verdaderamente aprendes porque a nosotros nos enseñaban una maquina y bueno, sí, ¿esto para qué sirve? Pues no, vas lo compruebas, lo tocas, lo... Así es como aprendes... nos daban todo así como borregos, venga apréndete eso, borrego, que no te va a servir para nada, y efectivamente, luego no te servía para nada... (G3)

Hay que puntualizar que los alumnos que se pronunciaron en este sentido han cursado ciclos como imagen para el diagnóstico o radioterapia en los que, debido al elevado coste de la maquinaria en cuyo manejo se forma a los futuros técnicos, la práctica resulta imposible fuera de los hospitales o clínicas. En la mayor parte de los ciclos cada módulo incluye la realización de clases prácticas en los propios institutos, casi siempre en laboratorios. La transición hacia la FCT se hace así menos brusca. Sería entonces deseable que los ciclos en los que esto no es posible, como los mencionados más arriba, siguieran un modelo similar al propuesto en la cita anterior, permitiendo que tras cada módulo se realizasen prácticas con las máquinas que los alumnos están aprendiendo a utilizar.

4.3. Relevancia de los contenidos

Por último, cabe preguntarse por la adecuación de los contenidos de los ciclos a las futuras labores como técnicos sanitarios. Una vez más, la orientación sectorial, como venimos insistiendo, tiene una influencia decisiva en que el alumno perciba si está bien formado o no. Quienes desean seguir estudiando consideran que, a grandes rasgos, el contenido de los módulos es correcto para ejercer como profesionales. Claro está, su opinión no es la más autorizada, desde el momento en que han decidido precisamente lo contrario. En cualquier caso, desde su punto de vista si el alumno se aplica aprende lo suficiente para trabajar como técnico:

H: Bueno, la verdad es que todo lo que he aprendido lo he aplicado luego al terreno laboral, no creo que necesite... Los conocimientos que dan me parecen bien. Hombre, siempre cuanto más des más sabes y es mejor para uno, pero por lo menos en mi año lo que dieron estaba bien para desenvolverte en el hospital y eso. La verdad es que tampoco, yo en el módulo me lo he currado un poco y eso, a lo mejor otro que no haya hecho nada dice: "Pues sí, no sé nada pero porque no he ido y...". Yo la verdad es que iba siempre, tengo buenas notas y eso (E3)

Los alumnos que, por el contrario, van a buscar trabajo como técnicos no opinan lo mismo. A pesar de que en general se encuentren satisfechos con la formación recibida, con la ya comentada

excepción de los procedentes de ciclos de alta orientación pública, siempre tienden a reivindicar una orientación más práctica de los contenidos de los ciclos. No sólo se trata de hacer más prácticas, sino de que los contenidos sean menos teóricos, menos abstractos, más aplicables a su futuro trabajo. Algunos alumnos opinaron incluso que están más preparados académicamente que lo que requieren sus puestos de trabajo:

M: Yo pienso que sí, que académicamente sí que estamos preparados para, porque yo he estado antes comentando, allí en la unidosis es donde más se trabaja... técnicos ahora mismo, bueno todavía no está reconocido en el SAS, todavía con... no ha salido aun la especialidad, pero yo creo que el ciclo de farmacia sí que está completo en ese sentido y sí que sales preparado para hacer cosas que como comentabas no se hacen, porque ahora mismo en la química que se estudia de todos los componentes, las reducciones y todo eso tú sabes hacerlo y sabes prepararlo, cosas que como tu comentabas eso tiene que ser siempre bajo la supervisión de un farmacéutico (...) o sea que académicamente estas más preparada de lo que realmente en ese... vas a realizar en tu trabajo... (G2)

Este discurso se dió incluso entre los alumnos de alta orientación pública, que como se ha visto son los que más reclaman que se incremente el peso teórico de los ciclos. ¿Se trata de una contradicción en su discurso? No pensamos que sea así. Los alumnos de estos ciclos reivindican más teoría, pero teoría adecuada a su campo profesional, no una teoría abstracta, como la que se imparte en la universidad. En ese sentido, es posible que estos alumnos estén reivindicando, también aquí, una identidad propia para los técnicos sanitarios:

M: No, porque por ejemplo mira los límites que teníamos que tener, los límites, los últimos temas que eran de límites, de por ejemplo de manos, pues del límite tal al límite cual, eso no lo hemos hecho, yo por lo menos... ¿tú te lo sabes? Nos lo tuvimos que estudiar en dos días...

M: Deprisa y corriendo...

M: Y eso es lo más importante creo yo... pues cuando llega: venga posicónalo que es para esta prueba... y eso es lo que dimos en dos días, tanta física ni tanta física, ¿para qué te sirve eso? Es verdad, luego allí en la realidad... ¿eso para que nos ha servido? (G3)

Como se aprecia en esta cita, el tono de los alumnos de alta orientación sanitaria es diferente al del resto. No opinan, como la alumna de la cita precedente, que estén incluso más preparados de lo que realmente necesitan, sino que no siempre se les prepara para lo que verdaderamente necesitan. Estos alumnos quieren estar lo mejor formados que sea posible, pero con un conocimiento adecuado a sus funciones como técnicos, con un conocimiento que sea suyo. Es de todos modos muy frecuente que los estudiantes de cualquier categoría piensen que muchas de las enseñanzas que reciben carecen de utilidad real, reivindicando que se les impartan conocimientos más aplicables. No comprenden que determinadas bases teóricas son necesarias para el aprendizaje de aspectos más concretos de su formación, sin las cuales no podrían comprender por qué sucede este o aquel fenómeno sobre el que deben intervenir, o por qué deben proceder de una determinada manera en determinada situación. La juventud suele ser en estas situaciones un factor importante, pues los estudiantes carecen de la perspectiva amplia y reposada que les dará el tiempo y la experiencia. No es raro que muchos de los alumnos entiendan con los años la utilidad de los conocimientos que en su juventud creían inservibles.

De un modo más intuitivo, algunos alumnos de diferentes ciclos, edades y orientaciones sectoriales sospechan que su formación presenta carencias por falta de renovación de sus profesores. Es decir, que sus profesores, o el contenido de los módulos, no están actualizados, no se encuentran al tanto de las últimas tendencias en sus respectivos campos profesionales. Esto que los alumnos perciben de un modo muy limitado, pudiera ser mucho más grave de lo que ellos creen. En el capítulo 6 veremos que desde la representación corporativa de los técnicos sanitarios se piensa que este es el principal problema de los ciclos. Por el momento nos limitaremos simplemente a registrar las sospechas de los alumnos al respecto:

M: También hay muchas cositas nuevas que no las vemos pero para nada...

M: La PCR

M: La PCR que es ADN que están continuamente viéndose en un laboratorio. Allí no teníamos maquina de PCR, pero porque son caras o no tienen... no hay presupuesto o cosas así pero... (G2)

Finalmente, cabe destacar que algunos entrevistados manifestaron escaso interés en los módulos acerca del sector sanitario en Andalucía y, en mucha menor medida, de formación y orientación laboral (FOL). Cuando se criticaba la organización de los ciclos, a menudo se mencionaban estos módulos, especialmente el primero, como los menos útiles o satisfactorios. Por eso, es corriente que afirmen que les hacen perder tiempo respecto a lo verdaderamente importante, valga decir lo relacionado exclusivamente con su especialidad. Al igual que sucede con los residentes y los universitarios, parece que la formación por competencias aún no ha calado en los estudiantes de FP y que, pese a que su cultura sanitaria sea más amplia y abierta que la de otros profesionales sanitarios, también su perspectiva se encuentra presa de las estrechas miras de la propia especialidad:

M: Otras asignaturas como a lo mejor el sector de la sanidad en Andalucía no estaban muy a la altura, pero tampoco considero que sean asignaturas que después te vayan a ser definitivas para algo, un poco de conocer en general pero ya está, en general bien. (E2)

M: Hombre en nosotros los profesores y estos sí que estaban bien preparados, lo que no eran las asignaturas de SCA... ¿eso para qué sirve? ¿Para subirte la nota?

M: ¡Eso son tres asignaturas...que no se para qué sirven!

M: OJT... y FOL.

M: Para quitarte horas que podían estar dando otras cosas más importantes...

M: Si porque FOL ¿para qué? Si no hay trabajo. (G3)

5. EVALUACIÓN DE LAS PRÁCTICAS

En el presente capítulo se examinará la opinión que los alumnos entrevistados y asistentes a los grupos de discusión tienen de su experiencia en la FCT, deteniéndonos en seis dimensiones diferentes: la valoración general de la FCT y su papel en la formación de los alumnos, la necesidad de equilibrio entre participación y tutelaje en las prácticas, el papel de los tutores tanto laborales como académicos, la relación con los trabajadores de los centros donde se ha realizado la FCT, el aprendizaje de competencias y la cuestión del posible uso de los alumnos en prácticas como mano de obra sin coste. Dos aclaraciones previas. En primer lugar, vamos a referirnos, salvo que en el texto se explicita lo contrario, a los alumnos que hayan efectuado la FCT en el SSPA y no en empresas privadas. En segundo lugar recordamos de nuevo que se ha concedido prioridad a los aspectos más negativos y problemáticos, por ser los más susceptibles de mejora.

5.1. Evaluación general

Hubo un consenso amplio entre los alumnos entrevistados en considerar la FCT como la parte más importante de su formación. Coinciden también con los universitarios en señalar mayoritariamente que es en las prácticas donde más se aprende, e incluso donde “realmente” se aprende. Entre los futuros técnicos hay sin embargo grados de acuerdo con esta afirmación. Algunos alumnos incluso consideraban que el ciclo sólo te da una base, unos cimientos, pero que es la FCT donde

verdaderamente se va a probar si se está o no preparado para ser un profesional. Normalmente, como no podía ser de otro modo, quienes piensan de esta forma son los alumnos que desean que los ciclos se orienten hacia la práctica y el empleo, según los hemos descrito hasta el momento. Pero alumnos de todos los ciclos y características tendieron a opinar de forma parecida, aunque concedieran más importancia a la formación teórica:

M: De historia no sabemos nada pero practico todo lo que tú quieras, es que esta visto y comprobado que la práctica es... Es con lo que más aprendes...

M: A parte de la teoría que hace falta...

M: Hombre tener unos conocimientos básicos...

M: Lo básico todo, pero la práctica es importante, yo lo veo lo más importante hombre.

M: y además desde el principio, dentro del instituto... (G1)

Así pues, los alumnos comienzan la FCT muy motivados, con muchas ganas de poner en práctica sus conocimientos. Tanto es así que muchos están dispuestos a ayudar en lo que sea. Antes de quedarse quietos prefieren realizar cualquier tarea que se les encomiende. Por supuesto, muchos otros no piensan de la misma forma, como se verá en el apartado 5.5. Pero puede decirse que todos tienen la misma energía y la misma perspectiva de las prácticas como una formación activa:

M: Nosotros la verdad es que sí, que hemos tenido... Hombre, si estamos sin hacer nada y a lo mejor hay cosas que hacer y nosotros aparte, pues nosotros hemos aprovechado, pero yo, por ejemplo, en mi caso, prefiero a lo mejor estar ayudando a alguien a hacer algo que no tenga nada que ver nada con lo mío si no hay ninguna otra función a estar de brazos cruzados. A lo mejor si no tenía ya más tarea pendiente de las cosas que yo no tenía que aprender o cualquier cosa o a lo mejor es que ya no había nada más que hacer en ese momento referente a lo nuestro, pues... si a lo mejor alguien tenía que archivar algo o lo que sea pues salía de nosotras mismas, pues nosotras os ayudamos, no sé qué... antes de estar paradas o lo que sea... Además, que aunque no tenga nada que ver con lo tuyo, directamente, pero aprendes otras cosas, ¿no? (G4)

La experiencia en las prácticas puede ir cambiando poco a poco este primer impulso, según los alumnos se enfrenten a una serie de problemas que se irán exponiendo en los puntos siguientes. Nuevamente, las perspectivas en este punto difieren notablemente en función de su orientación sectorial y su edad, lo que vuelve a enfrentarnos al dilema de saber si realmente en unos servicios o centros realmente se dan problemas con más frecuencia o si son los alumnos quienes tienden a magnificarlos en mayor o menor grado según la posición de la que partan. A juzgar por los comentarios de unos y otros alumnos tendemos a pensar que esta segunda posibilidad es más probable que la primera. Los problemas y los conflictos existen, no sabemos en qué porcentajes o si tienden a darse más en determinados servicios, centros o localidades, pero lo que es seguro es que no de un modo generalizado. Veamos dos ejemplos:

M: Porque yo por ejemplo hice un curso de Nutrición por la Junta. Me dejaron hacer prácticas en el Hospital de San Juan de Dios de Bormujos, y yo lo que hacía allí era entrar en la cocina, estar cargando, limpiando, embalando cubiertos... Y vale, no era un curso de un módulo superior ni nada, y tampoco medio, pero yo no hice un curso para limpiar, ¿sabes? (...) Y al final me gasté el dinero yo en ir para allá para nada, pero bueno, qué le vamos a hacer. Por lo menos he visto dos hospitales y reconozco que el Hospital Virgen del Rocío no tiene nada que ver con el Hospital de Bormujos que es un hospital muy distinto, mucho más chiquitito y manejable, evidentemente, pero que allí... no tiene nada que ver. (G4)

M: En hematología a la mayoría no nos han tratado muy bien. (...) Porque eran muy sosos, no nos dejaban hacer ninguna técnica, ninguna práctica, ni nos dejaban tocar los ordenadores

ni nada, nos aburríamos un poquito allí. Pero los demás sí nos dejaban hacer todo, primero nos explicaban cómo lo hacíamos y ya después teníamos un técnico al lado haciendo nosotros las prácticas y después ya lo hacíamos solos. (E10)

En ambos casos, las alumnas concuerdan en afirmar que no todos los centros o servicios son iguales, que en algunos han tenido problemas y en otros no. Una cierta arbitrariedad que nos es familiar, porque apareció tanto en el estudio sobre los residentes como en el de licenciados y diplomados. Por todo ello nos inclinamos a pensar que la valoración de la FCT como una experiencia positiva o negativa no depende tanto de la cantidad de conflictos a los que se enfrenta el alumno en la misma como a su interpretación. Es la posición del alumno (su edad y su orientación sectorial) la que hará que se interprete la experiencia como positiva a pesar de los problemas vividos o negativa a pesar de todo lo que se ha aprendido. Los alumnos de ciclos de alta orientación pública, que como sabemos son más críticos, centran más su percepción en los problemas que han padecido en la FCT, al igual que hacen con el propio ciclo, y por eso la valoran de un modo más negativo. Por ejemplo:

M: En unos sitios te tratan de una forma, en otros de otra...

M: Sí

M: Hay muy buenos y muy malos, como en todo...

M: Había unas que te enseñaban que eso daba gloria, y otras que te miraban con cara de... vete ya de aquí... y me iba, cuando me miraban así, me lo tomaba al pie de la letra...

M: No le costaba trabajo a ella...

M: Yo he aprendido muchísimo, la verdad, pero también porque me gusta...

M: Yo he aprendido también. A comerme cruasanes dobles en la cafetería... (G3)

El resto de alumnos en cambio tienden a minimizar más las dificultades que se hayan encontrado, enfocando la experiencia más hacia el aprendizaje que ha supuesto la FCT que a los malos momentos que hayan podido pasar:

M: Nosotros, la verdad, es que hemos tenido en esa faceta suerte, porque hemos tenido la oportunidad de desempeñar bastantes funciones... Hombre, había algunas, a lo mejor, que no hemos tenido la oportunidad porque no teníamos... ¿cómo es?, no teníamos todavía nada que nos hiciera responsable de eso, no teníamos todavía eso, pero nosotros sí hemos tenido la oportunidad de hacer bastantes cosas. Vamos, además, que contaron con nosotros y...

M: Hemos tenido suerte.

M: Y hemos tenido suerte que nos han puesto con..., yo qué sé, hay compañeras que les preguntas y... "no, hemos estado fregando platos, y luego nos han dicho recoger los cubiertos". Que a lo mejor tú lo piensas y ves que no tiene nada que ver con lo que has estudiado.

M: En ese aspecto sí hemos tenido suerte.

M: Hemos tenido suerte de poner en práctica los conocimientos... O parte de ellos, ¿sabes?, nunca se puede...

M: Hombre, todos no.

M: Hombre, no todos, pero que nos han mandado a hacer a lo mejor... (G4)

En esta cita, alumnas de dietética reconocen que podrían haber hecho más cosas, que no han podido aplicar todos sus conocimientos... pero a pesar de ello piensan que han tenido suerte, que han aprendido mucho, que otras compañeras tienen muchos más motivos de queja. En la cita precedente, alumnos de imagen para el diagnóstico conceden que no todos los trabajadores del centro donde han realizado la FCT son iguales, pero se centran mucho más en los que les han tratado mal que en los que les han apoyado, llegando incluso a decir que no han aprendido nada en las prácticas. Dos actitudes muy distintas sobre un mismo objeto, que divergen en su valoración de la experiencia, pero que coinciden en sus percepciones de fondo. Hay que recordar una vez más que esto no hace a unos alumnos más portadores de la razón que otros: ambos tipos tienen perspectivas diferentes pero igual de válidas.

Independientemente de todo ello, la FCT no sólo supone una oportunidad para aplicar sus conocimientos o para aprender su futuro oficio. Especialmente para los más jóvenes, implica un primer contacto con el mundo laboral en general y con el sector sanitario en particular. En la FCT los alumnos conocen como funciona el SSPA cotidianamente, como es un hospital, un centro de salud o un centro de especialidad por dentro. Aprenden también a trabajar en equipo, a gestionar problemas, a enfrentarse con conflictos, a relacionarse con los compañeros de trabajo y a tratar con pacientes (quienes entran en contacto con ellos). Algunos incluso afirman haber ganado en seguridad personal y en confianza en sus conocimientos y habilidades:

M: Bueno, he aprendido también a valorarme como persona, tenía mucho miedo de ir a las prácticas porque no sabía si me iba a acordar de las cosas, de cómo se hacía todo, pero después llegas allí y te das cuenta de que aunque tú no te acuerdes tienes allí a personas que te ayudan para decirte: "Pues esto se hace así", o "esto no es así", y explicarte la teoría de las cosas. La verdad es que he aprendido a confiar más en mí y no ser tan negativa. (E10)

H: Bueno, saber tratar al paciente, no despacharle así...

M: Ay... pero yo por ejemplo lo pasaba muy mal, yo es que hasta lloraba porque me involucraba mucho y eso no puede ser en verdad... pero es que yo me involucraba mucho con los pacientes... a mí me llegaba me abrazaban... me vas a curar, me decían abrazándome... yo decía, madre del señor, ahora que hago yo con esta mujer... yo lo pasaba mal. (G3)

El afianzamiento de la autoestima de los futuros técnicos es una cuestión más importante de la que parece. No puede olvidarse que los técnicos son los profesionales sanitarios más débiles, menos reconocidos y peor valorados dentro del sector. Como se ha discutido en capítulos anteriores, esta situación induce a menudo un fuerte sentimiento de inferioridad en los alumnos de FP. La FCT les permite comprobar que, efectivamente, su aportación al SSPA es valiosa y necesaria: les hace sentirse útiles, lo cual contribuye a llenar de sentido sus estudios y refuerza su identidad de técnico:

M: Además cuando no están los de prácticas se ve (...) ya están diciendo ¿Cuándo llegan los de prácticas, cuando llegan? (...) A nosotros fue: ay se van las niñas... ay dios mío ahora quién... (G2)

M: Pero si es verdad, hay veces la alumna que está en prácticas es la que tiene que aprender, ¿no?, pero es que ellos también aprenden otras cosas.

M: Yo me he sentido muy bien con la recomendación esa y he reparado un cuadrilátero del personal de allí y dice, mira, dice el diplomado, esto lo ha reparado esta niña, no sé qué, y... ay, muchas gracias, no sé qué... Y me he sentido súper bien.

M: Cuando te delegan funciones y las haces después decimos, uy qué bien, no sé qué. (G4)

En suma, la FCT es una excelente herramienta para desarrollar y consolidar la competencia de

los alumnos de ciclos de FP de familia sanitaria. Aunque ninguno de los alumnos entrevistados o asistentes a grupos de discusión conoce o siquiera ha escuchado hablar alguna vez de la formación por competencias, parece que la FP ha encontrado una fórmula educativa que la aplica con más éxito incluso que muchas carreras universitarias. Un modelo que merece la pena examinar con atención por sus potenciales aplicaciones en otros ámbitos formativos. Un modelo que sin embargo no es perfecto, como vamos a comprobar en los siguientes apartados.

5.2. Equilibrio entre participación y tutelaje

Una vez más nos encontramos ante un problema recurrente en todo sistema de formación práctica, y que también apareció en los discursos de universitarios y residentes. Existen dos situaciones extremas que el alumno puede encontrarse al realizar las prácticas. Por una parte, puede suceder que se le encomienden tareas propias de profesionales, las mismas que cotidianamente ejecutan los trabajadores del centro donde se cursa la FCT, sin que nadie le oriente, le explique o le apoye. Por otro lado, es posible que al alumno no se le permita participar en modo alguno, se le prohíba tocar el material, su aportación se limite a trabajos menores y su aprendizaje a observar lo que hacen los profesionales. La formación práctica ideal consiste, según los alumnos, en encontrar un punto de equilibrio entre estos dos polos. Es cierto que algunos sitúan sus preferencias más cerca de uno u otro extremo, más del primero que del segundo, pero en última instancia todos afirman que lo deseable es armonizarlos. Más aún, las prácticas deberían favorecer el paso gradual de un tutelaje más intenso al principio a un desempeño libre al final, de modo que el alumno vaya adquiriendo progresivamente mayores responsabilidades.

Comencemos por la primera de las dos situaciones extremas: la que implica el abandono del alumno por parte de los responsables de su formación. De los dos polos, este es el que prefieren los alumnos de FP, pues al menos les permite aplicar sus conocimientos, probar sus habilidades. No olvidemos el carácter eminentemente práctico de su formación (que muchos de los propios alumnos incluso perciben escaso), ni la motivación y el impulso por aprender con la comienzan la FCT. Es lógico que puestos a elegir prefieran el mal menor de aprender solos:

M: Se fue a lo mejor la técnica responsable de citología y nos dejó a nosotros de responsables

H: Siempre tienes si tienes alguna duda siempre le puedes preguntar a cualquier... pero es lo mejor, que confíen en ti, que te dejen hacer las cosas... (G2)

Ahora bien, dejar a los alumnos solos tiene dos efectos perversos. En primer lugar el alumno aprende sin comprender. Al no recibir explicación de los fundamentos de las tareas que realiza, el alumno puede asimilar mecánicamente el proceso, pero no comprenderá las razones que lo cimientan, ni sabrá enfrentarse a problemas o situaciones imprevistos, ni probablemente pueda adaptarse a los cambios que sin duda se producirán en una sociedad de innovación constante como la nuestra. En otras palabras, no adquirirá la competencia necesaria para el desempeño de su puesto de trabajo, que es el objetivo principal en la formación de los profesionales sanitarios. Además, cabe recordar que no todos los alumnos tienen las mismas capacidades, cada uno tiene sus propios ritmos y necesidades. Responder a este reto requiere que los formadores estén atentos, comprendan a los alumnos y negocien con ellos el método de aprendizaje. Desplazar sobre el alumno la responsabilidad de formarse, que en la FCT se traduce en esperar a que pregunte dudas, es un error, porque presupone que todos van a desenvolverse del mismo modo y a tener la misma iniciativa de acudir al formador cuando le asalten las dudas. La formación ha de ser activa, pero por ambas partes, por los maestros y los alumnos:

M: Había otros años que decían que los seguían, que realmente le preguntaban al alumno si realmente se estaba enterando, que qué es lo que se hacía, que no sé qué, no sé cuánto. Pero en otros... lo que es este año no ha sido así. Había uno que sigue allí, que ya no es profesor, que está de secretario, y ese se implicaba muchísimo con los alumnos, y cuando estábamos en prácticas, pues no es que nos examinara, pero que sí nos seguía en el sentido de... Una vez, ¿qué es esto, te

has enterado bien? Y a cada uno le preguntaba, y si no tenía pues... tú te tienes que enterar bien. Pues mírate los apuntes, pues mira, esto es así, asao... Y hombre, porque todo el mundo no tiene el mismo grado de entender, o porque ahora está más despistado, o porque no estás pendiente de lo que tienes que estar. Eso sí, un seguimiento estaría bueno en las prácticas. (E13)

La segunda consecuencia negativa de la falta de tutelaje es la ansiedad que produce en los alumnos la posibilidad de equivocarse. Si se deja a los alumnos realizar una tarea propia de profesionales sin que un trabajador de plantilla supervise su actividad, se está jugando con su formación y con la calidad del servicio que presta el SSPA. Algo que puede pagar usuario, y que puede repercutir en consecuencias muy negativas para el futuro técnico. Los alumnos son muy conscientes de esta posibilidad, parece que más que sus formadores, y eso les causa un miedo considerable a cometer un error. Un miedo que recuerda poderosamente al que sienten los residentes en sus primeros meses. No es este el sentido de la FCT, en especial porque, al contrario que sucede a los residentes, en la misma o media relación laboral o compensación económica alguna. Es una práctica que puede y debe desaparecer en el SSPA:

M: Hombre nosotros en rayos los primeros días no porque no teníamos mucha idea, pero luego, yo hacía más radiografías que nadie.

H: Y también dejarnos solos con unos sudores... y diciendo, por favor que venga alguien, que venga alguien...

M: Bueno, pues allí dejaron una vez a uno solo y si tú vieras la que le liaron: "como dejas a uno de prácticas allí solo, no sé cuantos, para que pase algo..." (G3)

Tampoco es oportuna la actitud opuesta, un exceso de precaución tal que se prohíba a los alumnos tocar el material o participar de las tareas que serán las suyas en un futuro. Los mismos riesgos que algunos formadores parecen ignoran alegremente, otros los sobredimensionan. Si para el primer tipo la formación se reduce a que los alumnos pregunten cuando tengan dudas, este segundo grupo parece querer limitar el aprendizaje a que los alumnos observen pacientes y callados como ellos trabajan (lo que los alumnos llaman "hacer las prácticas de mirón"). Evidentemente, ninguna de las dos situaciones es deseable. Si el alumno en prácticas no puede tomar contacto con el material con el que va a trabajar o empieza a familiarizarse con las funciones de su futuro puesto de trabajo, la utilidad de la FCT disminuye drásticamente. El alumno no aprenderá de sus errores, ni mejorará. Se desperdicia además la energía y la motivación con la que el alumno afronta en principio sus prácticas. En resumidas cuentas, es una práctica igualmente negativa e igualmente erradicable del SSPA:

M: Yo es que tenido muy mala experiencia en las prácticas, creo que soy la única, a los demás ¿a qué a todos os ha ido bien? A mí no, yo he tenido... es que a mí no me dejaban hacer nada...

M: ¿Pero tú lo has pedido?

M: Yo sí, y además cuando estaba haciendo una cosa y no me salía... Es que es verdad, tú no sabes los follones que hemos tenido allí. Cuando estaba haciendo una cosa y no me salía, me hacían: ¡quita! Y se ponían a hacerlo ellos, pero no me decían como era. Entonces claro yo llegaba y me decía la supervisora, es que yo así no puedo aprender, porque si a mí una cosa me está saliendo y en vez de decirme así, me dicen y me quitan y lo hacen ellos bien, al día siguiente no lo voy a saber hacer. (G3)

No parece tan difícil alcanzar un equilibrio entre los dos extremos. Examinemos la experiencia de esta alumna del ciclo de radioterapia:

M: No nos dejan tocar muchas veces. Hombre, yo lo entiendo que son máquinas que valen mucho dinero, eh, y que son máquinas que el que las maneja tiene que saber más o menos cómo

se maneja, y a la hora de que pase algo o que se te quede parada saber cómo actuar. Yo creo que de primeras, a mí me pasó también cuando llegué, que me tocó con un técnico que me decía “no, que te creas tú que esto es tan fácil, no”. Te decía, “tú espérate, mira, observa, llévate tres o cuatro días observando”. Además, me lo dijo así, “que porque ahora mismo yo te enseñe no vas a aprender más, si vas a terminar aprendiendo, no tengas tantas ganas, observa, mira, que yo te voy a enseñar, pero primeramente observa, que es mucho más importante, porque yo te voy a decir aquí, aquí, aquí, aquí, y eso no sirve de nada”. Eso es muy monótono, digo, y así no voy a aprender. Dice “tú aprende y date cuenta de lo que es. Observando puedes aprender bastante bien”. Y la verdad lo hizo así. Y con el tiempo, la verdad es que le agradecí. Al principio me sentó... como diciendo cucha este... Que no me dejaba tocar ni nada de eso. Porque cuando tú llegas a un trabajo tienes muchas ganas de aprender mucho y todas esas cosas. Pero también lo entendí por su parte. (E13)

La actuación del técnico con el que se formó esta alumna es un buen ejemplo del equilibrio entre participación y tutelaje. En primer lugar, comprendió el ímpetu, el deseo de trabajar y de hacer muchas cosas en poco tiempo de su alumna. Pero al mismo tiempo sabía que todavía no estaba preparada para manejar sola la compleja maquinaria que, por el momento, sólo ha conocido en los libros. Ahora bien, en lugar de despreciarla o ignorarla, trató de explicarle pacientemente que lo mejor para ella en ese momento era que observase atentamente su trabajo. La alumna en un principio no entendía, e insistía en que esa no era la mejor forma de aprender. Poco a poco el formador le fue explicando más cosas y dándole mayores responsabilidades. Más adelante, cuando finalmente se puso a los mandos, la alumna comprendió que este proceso había sido el más adecuado para su formación, porque de esta forma ha aprendido mucho más sólidamente los fundamentos de su trabajo.

Este es el modo por el se optimiza la FCT. La participación de los alumnos va aumentando paulatinamente, según los formadores observan sus progresos, siendo cada vez menos necesario su tutelaje. Por su parte, los alumnos quizá puedan ser reacios a un aprendizaje más pasivo en un primer momento, pues empiezan la FCT con muchas ganas de participar. Pero si el formador sabe ser paciente y orienta adecuadamente su entusiasmo, lo más probable es que el alumno entienda a la larga que esta metodología es la más apropiada. Todo ello exige, claro, que los formadores se impliquen con los alumnos.

5.3. Implicación de los tutores

Como sabemos, cada alumno de FP cuenta con dos tutores a la hora de realizar la FCT: un tutor académico, que enseña en su ciclo, y un tutor laboral, un trabajador del centro donde se realizan las prácticas y que tiene la responsabilidad de orientar y apoyar al alumno durante la FCT. El papel de ambos es fundamental para el correcto desarrollo de la FCT. El tutor académico realiza un seguimiento periódico del alumno, comprueba la correcta marcha de la FCT y supervisa el proyecto integrado. El trabajo del tutor laboral es más cotidiano, ha de examinar a diario los progresos de sus alumnos, comprobar que están cumpliéndose los objetivos de su aprendizaje y resolver los problemas y conflictos que puedan suceder. En ambos tutores recae la responsabilidad de que la FCT se lleve a cabo correctamente, pero el papel del tutor laboral es más importante, por ser más continua. A continuación se expondrán las experiencias de los alumnos entrevistados y participantes en grupos de discusión con sus tutores.

Los tutores académicos son bastante bien valorados por sus alumnos. En continuidad con lo expuesto en el apartado 4.1., una mayoría de los futuros técnicos aprecia muy positivo el trabajo de sus tutores académicos, en especial su implicación: como les motivaron y les siguen motivando incluso una vez han dejado de ser sus alumnos, la información que les proporcionan para orientar su carrera o para continuar formándose, el seguimiento estrecho de sus progresos durante la FCT. Lógicamente hay grados de satisfacción igual que hay grados de implicación del tutor con sus alumnos. Pero la impresión de que su labor ha sido en global muy positiva se encuentra bastante generalizada:

H: Pues yo la verdad es que los que he tenido... Y atentos, en plan de que ha terminado la clase, como de apoyo logístico, sigue para delante, luego te haces otro, siempre quieren que prosperes y nunca te quedas... Además si a lo mejor llaman para un trabajo... Te lo buscan... “Mira, que me han llamado, acércate...”. Las empresas llaman muchas veces: “Necesito cinco auxiliares”. Pues ellos llaman a los que saben que son más... Yo la verdad es que estoy muy contento, este año ha sido bueno para mí. (E3)

M: (...) pero la tutora iba un día a la semana y era puntual.

H: Nosotros teníamos ganas así de verla, porque cada vez que venía era para cambiarnos, para rotarnos de sitio, y queríamos... algunos la llamábamos, a ver si viene ya, a ver si viene ya para cambiarnos... O yo me he enterado que tú... por ejemplo me mando mi tutora un mensaje diciéndome. ¿Porque cuantos habíamos allí?, cinco o cuatro ¿no? Y me mando mi tutora un mensaje: tú a tal sitio, tú a cirugía., tú a no sé dónde y yo llegue un día por la mañana y digo: mira u a tal sitio, tú a tal otro... (G1)

Nuevamente, son los alumnos más críticos, los de ciclos de alta orientación pública, quienes menos estiman el trabajo de sus tutores. Al igual que sucede con otros problemas, creemos que esta percepción obedece menos a una falta de implicación real de sus tutores que a la interpretación de sus posibles errores en un marco global de la experiencia de la FCT que tiende a ser más riguroso en su evaluación que el de los demás alumnos. Diálogos como el siguiente nos mueven a pensar de esta manera:

E: ¿LOS PROFESORES DE VUESTRO PROGRAMA NO HAN IDO? ¿HAN ESTADO DE TRÁS DE VOSOTROS...?

M: No.

M: No mucho la verdad.

M: Hombre han ido alguna vez...

M: Algo... pero tampoco iban... hombre yo tuve un problema.

M: Pero para ir para ver cómo te ha ido, de decir ¿cómo te va? ¿Cómo lo estás haciendo? Pues eso no...

M: Yo tuve un problema y mi profesora se peleó con la que había tenido el problema se liaron las dos a voces y ya está, allí todo el hospital pendiente de mí, de mis voces, bueno de mis voces no, de las de la profesora porque... eso fue un show muy bueno.

H: A San Juan de dios iban pero para ver que estábamos... que no estábamos en la cafetería, que estábamos allí, y se iban y ya esta... (G3)

Parece como si les costase reconocer que, en efecto, sus tutores académicos han realizado el correspondiente seguimiento e incluso han sacado la cara por ellos cuando hizo falta. Ir a visitarlos parece no ser suficiente. Así pues, podemos afirmar que estas críticas derivan más del alto nivel de exigencia de estos alumnos que de una falta de implicación de sus tutores. De hecho, algunos tutores académicos llegan incluso a cambiar el lugar asignado para la FCT si el alumno demuestra no estar siendo tratado correctamente o aprendiendo suficiente, lo que muestra el grado de compromiso que llegan alcanzar. Es el caso de esta alumna de dietética:

M: Bueno, yo he estado en el laboratorio, y me tuve que cambiar porque ellos tienen unos programas, y cuando entra la persona que va de prácticas, los programas todavía no habían empezado, y entonces me tiré como dos semanas, mis dos primeras semanas leyendo, leyendo

procedimientos, leyendo... nada. O sea, de Dietética, por ejemplo, nada, no vi nada, porque digo, anda, de Microbiología pues lo tendría que aplicar y eso, pero vamos, me fui, e hice dos pruebas, una... y otra cosa más ya está. Y me tuve que ir porque no hacía nada. Y bueno, ya lo más fuerte las cosas que te decían: uy, que me he olvidado de ti y cosas así. (...) Y eso, yo, vamos, mis profesoras me dijeron que ningún problema por cambiarme, que veían que sí, que era normal, que no estaba haciendo nada y tal. (G4)

Podemos concluir entonces que, por regla general, los tutores académicos cumplen su papel muy satisfactoriamente, y en algunos casos que su implicación con los alumnos va incluso más allá de sus responsabilidades oficiales. ¿Y los tutores laborales? Por desgracia, respecto a ellos las opiniones de los alumnos se encuentran más divididas. Aunque de nuevo las diferentes posiciones en función de la orientación sectorial influyen sin duda en la percepción global de la experiencia, alumnos de todos los tipos reportaron situaciones de falta de implicación de los tutores laborales. Teniendo en cuenta que también los universitarios y los residentes dicen experimentar el mismo abandono por parte de algunos de sus tutores, hemos de concluir que, efectivamente, la tendencia se produce con cierta frecuencia en el SSPA. En ningún caso afirmamos que todos los tutores se comporten de este modo (las quejas al respecto estuvieron menos generalizadas que las de los residentes, por ejemplo), pero sí que esta actitud se da en más de lo que sería deseable. Veamos algunos ejemplos:

M: Andábamos por allí pero no sabían quiénes éramos, vamos, sabían que estábamos de prácticas, que éramos enfermeras...

M: Le teníamos que dejar allí el libro y ellos nos lo firmaban cuando ellos veían...

M: Cuando le parecía.

M: Tenias algún problema y no podías hablar con ella. (G1)

M: Es que eso es según la persona, porque yo con mi tutor, aparte de que lo veía de higos a brevas, porque estaba... O estaba metido en su piscina y de ahí no se movía, o estaba tomando café o no estaba. Así que con la que yo mejor me llevaba era con una mujer mayor que había allí, pero no sé, porque también conocía a una profesora de mi instituto, mi tutora del instituto también conocía a otra y eso, entonces sí hablaban más conmigo, pero vamos, los que son, no los jefes, sino la gente normal, los funcionarios normales y todo eso muy bien. O sea, muy bien, venga, no sé qué, y se ponen a hablar contigo y todo eso, pero lo que es el jefe, ese vamos, ese me dio una charla de no sé cuántas horas porque se puso ahí pi, pi, pi, pi y ya está. Vamos, yo no he cruzado más palabras con él. Hola, buenos días, en la primera presentación y eso, ya está y, perdona, ¿me puedes firmar el librito? (G4)

Por supuesto, también hay muestras de lo contrario:

M: (...) ahora en el trato recibido, por lo menos en mi caso, yo desde luego estoy contentísima, que si hubiera estado allí seis meses, seis meses que me quedo porque le supervisor nos ha atendido estupendamente siempre nos estaba asesorando, y las auxiliares pendientes, con nosotras a la vera, y veinte aquí y veinte allá... (G1)

M: Y nosotros, el ambiente laboral, la verdad, que con las compañeras y todo muy bien, se notaba que el ambiente de Cocina era más..., porque estaba cocina y arriba Administración, que es parte de la Cocina, y ahí la chavala, la verdad, es que vamos, muy organizada, al lado tuya...

M: Siempre estaba contigo al lado, preguntándote si tenías una duda pues tú le preguntabas todo lo que tú quisieras. (G4)

Como puede verse, las citas extraídas para ilustrar relatos tanto de alta como baja implica-

ción de los tutores laborales pertenecen exactamente a los mismos grupos. Es una muestra de la arbitrariedad a la que se enfrentan los alumnos en la FCT. Es evidente que el alumno no puede depender de la pura suerte para contar con un tutor laboral activo y preocupado por su aprendizaje. Es menester que el SSPA ejerza un control más estricto sobre la acción de los tutores laborales, formándoles adecuadamente cuando sea necesario y liberándoles el tiempo de su jornada laboral que requiera la atención de los alumnos en prácticas.

5.4. Relación con los trabajadores

Pero la formación de los alumnos de FP no depende sólo de los tutores. Las prácticas se realizan en centros de trabajo, lo que implica que los alumnos entran en contacto, de un modo u otro, con los empleados que trabajan allí. La relación que mantenga el alumno con los trabajadores de plantilla tiene, por tanto, una enorme incidencia en que la FCT suponga una experiencia positiva o no. Principalmente porque el correcto desarrollo de la FCT exige que los trabajadores cooperen con los alumnos y les enseñen correctamente (se impliquen con ellos, solucionen sus dudas, les expliquen los procedimientos, les permitan participar del trabajo, etc.). Pero también porque si el alumno encuentra un clima hostil hacia su presencia y realiza las prácticas en un constante mal ambiente, difícilmente aprovechará su periodo de prácticas. Así pues, este es un factor de gran importancia para la formación de los futuros técnicos sanitarios.

Como en otros aspectos que hemos venido analizando, los discursos registrados indican que la diversidad es la norma: algunos entrevistados manifestaron haber mantenido unas excelentes relaciones con los trabajadores del centro donde realizaron sus prácticas, y otros todo lo contrario. Obviamente, la propia combatividad de los alumnos es un factor que forzosamente ha de intervenir, pues si el alumno se muestra más crítico con sus formadores las probabilidades de que se produzca un conflicto entre ellos necesariamente aumentan. Pero los alumnos de ciclos de alta orientación pública, que como sabemos son los más críticos, no reportaron más problemas con los trabajadores que el resto. Insistieron más en ellos, les dieron más importancia, pero realmente no padecieron un volumen mayor de conflictos. Sin embargo, en los discursos de los alumnos se apuntaron dos posibles causas que podrían explicar las malas relaciones entre alumnos y trabajadores de plantilla.

La primera de estas dos causas se refiere a la relación de los alumnos de FP con sus propios colegas, o lo que es lo mismo a la competencia entre los técnicos y los futuros técnicos. Vimos en el capítulo 3 que la escasez de puestos de trabajo para técnicos en el SSPA conduce, en gran medida, a una fuerte competencia dentro de su cuerpo profesional. Sobre todo entre los técnicos jóvenes y los veteranos cuya cualificación procede de la promoción interna y no del estudio de los ciclos de FP, así como entre los diferentes grupos de técnicos, en especial frente a los titulados en cuidados auxiliares de enfermería. Veamos dos ejemplos extraídos del mismo grupo:

M: Es que el tema es si estas en el hospital trabajando... están todavía las antiguas por lo mismo, van cogiendo puntos, van llegando allí...

M: En mi caso sí son todas técnicas de laboratorio pero la mayoría no están fijas, la mayoría si se ponen de baja, al mes siguiente si van a volver de la baja no saben si van a volver a estar allí.

H: Allí o son de más de 50 o son de veintitantos haciendo una...

M: Una sustitución.

H: De un mes de tres meses pero sustitución, allí con un trabajo fijo una persona de veintitantos o treinta es imposible... (G2)

M: Si, allí también hay muchos auxiliares que no deberían de estar trabajando allí porque no

tienen la preparación que tienen que tener, pero están allí trabajando y tienen ya sus puntos y ya están allí... En realidad saben, pero saben lo que le enseñan porque allí vino uno a cubrir un puesto y era un auxiliar y sabía nada, porque es que le estaba enseñando yo en el laboratorio, le enseñaba yo... y lo contratan... es que no... (G2)

Como puede verse, los alumnos son muy duros con los técnicos veteranos y lo que consideran intrusión profesional de los auxiliares de enfermería. No sería de extrañar que estas tensiones desembocaran en una mala relación entre los trabajadores de plantilla y los futuros técnicos. Especialmente si, además, los técnicos contratados se comportan con sus alumnos con altivez, autoritarismo o se aprovechan de su trabajo, como en alguna ocasión se denunció en las entrevistas:

M: Lo que menos que a veces te tenías que tragar cosillas que no te gustaban, porque había algunos que se creían más que tú y a lo mejor a ti te faltaban dos meses para ser igual que él, solamente que él estaba trabajando y tú no, te podían manipular un poquito, algo así (E8).

M: Como que no conoces a nadie, y luego ya que no cobras y le estás haciendo su trabajo, pues algunos pretenden que eres, prácticamente, su criado. Y entonces se aprovechan mucho de la situación. (E13)

Los entrevistados añadieron un tercer foco potencial de conflictos derivado de la competencia por los puestos de trabajo: entre los técnicos contratados temporalmente y los alumnos en prácticas. Obsérvese la siguiente conversación:

H: Cosas tan feas como coger una placa, dársela a ella para darle tiempo, que ella te vea, sé de la vuelta, la coja ella, y la meta ella, y tú te quedas con la placa en la mano... (risas) No, eso cuando pasó por primera vez... voy a entender que no me ha visto... pero es que ocurrió dos veces. dddalda.. y ya está... me tengo que ir y le dejé la placa y tú haces la radiografía y yo me voy...

M: Claro, a mí me ha pasado eso, que a mí con una muchacha que estaba contratada de un año y hasta que estaba dudando que no la iban a renovar o no sé qué... de llegar, pegarme manotazos, gritarme y no... pero fue el momento de que ya la renovaron era distinta, distinta totalmente... parecía otra, pero vamos, es por eso... a mí me cae bien ahora, pero antes, los primeros meses se pensaban que la iban a echar... (G3)

Como se desprende de esta cita, la sensación de amenaza que los técnicos de plantilla pueden sentir respecto a los alumnos en prácticas puede ser una fuente de malas relaciones entre ambos colectivos. No necesariamente porque piensen que estos van a ocupar sus puestos de trabajo directamente, aunque tampoco hay que asumir que este pensamiento no esté presente entre los técnicos de plantilla. Probablemente tenga más fuerza la idea de que los alumnos en prácticas estén recortando estructuralmente los puestos de trabajo disponibles para los técnicos sanitarios. Es decir, que el SSPA se serviría de los alumnos en prácticas para ahorrar costes, evitando así crear puestos de trabajo para los técnicos titulados. Una sospecha que en ocasiones ronda a los propios alumnos en prácticas:

M: O sea que muy bien, las prácticas muy bien, lo que pasa es que eso sí, veo yo que las prácticas año tras año también nos van quitando trabajo, porque en el momento en que hubiera una baja o hubiera una posibilidad de que tú entraras cuentan con el trabajo de las prácticas, que lo hacen gratuito. Lógicamente, como yo lo he hecho, se supone que estás aprendiendo, pero a la vez que aprendes estás trabajando, y estás trabajando gratis, entonces eso quita trabajo a los compañeros, sin duda. (E5)

De una manera o de otra, la competencia entre técnicos, la sensación de que los puestos de trabajo -actuales o futuros- están amenazados por otros técnicos o por alumnos de prácticas es una chispa que puede incendiar las relaciones entre unos y otros en un momento o lugar determinados. Indudablemente, no es el mejor marco para que los alumnos aprendan. Por fortuna, las malas re-

laciones no parecen, ni mucho menos, generalizadas. Pero conviene prevenir su aparición, habida cuenta de que la competencia entre técnicos sí parece ser un fenómeno muy extendido en el SSPA. Al menos apareció con frecuencia en los discursos de los alumnos:

M: Yo creo que vocación sí, pero rivalidad hay un montón

H: Mucha competitividad

M: Es lo que hay, en geriatría ahora mismo es lo que más salida hay.

M: Que del dicho al hecho pero que sí, que hoy en día es lo que hay mas demanda, pero de todas formas hacen falta que hagan más sitios para ancianos, más hospitales, aquí en Jerez es casi más grande que Cádiz... (G1)

La segunda posible causa de conflictos entre los alumnos en prácticas y trabajadores de plantilla derivaría del menosprecio hacia los técnicos por parte de los restantes profesionales sanitarios que, según los entrevistados, se produce en el SSPA. En la parte dedicada a la formación de residentes se analizó como en la cultura organizativa del SSPA aún pervive una concepción jerárquica tradicional, por la cual las cargas y recompensas se distribuyen rígidamente en función de la especialidad. Cuanto más compleja teóricamente y más habilidades requiera la especialidad, más valorada está. Esto sitúa a los médicos, y más concretamente a especialistas como los cardiólogos y los neurólogos, en la cúspide de la jerarquía. Después se situarían, por orden, los médicos de especialidades menos prestigiosas, los MIR, el resto de licenciados y diplomados universitarios y, en último lugar, los técnicos de formación profesional, cuyo título y habilidades serían las menos valoradas de todo el SSPA. Es cierto que este sistema parece estar evolucionando, pero aún continúa muy asentado, en especial de un modo informal, cotidiano, ajeno a la regulación. No es entonces descabellado pensar que los alumnos están en lo cierto cuando afirman haber recibido un trato vejatorio o haberse sentido despreciados por parte de otros profesionales sanitarios mientras realizaban la FCT:

M: Nosotras cuando llamamos al médico de guardia era para escudarlo hablar, y por la noche yo he estado allí trabajando de noche y cuando hemos tenido algún paciente se ha puesto más malo y la familia quería ver al médico y eso, y el médico era para escucharlo hablar como si nosotros hubiéramos...

M: Molestado.

H: Como si hubieras hecho algo... con aires de superioridad (G1)

M: Además, en la parte de Consultas pasaba lo mismo, también hay más médicos y más médicas y te miran...

M: Por encima del hombro.

M: Ni te saludan.

M: Son técnicos, ¿no?, son técnicos... (G4)

No por casualidad la mayor parte de las veces que un alumno de FP denuncia un trato de este tipo su autor es un médico. Al menos en las citas anteriores las consecuencias de esta actitud no pasan de un cierto menosprecio. Por desgracia, el estudio reportó testimonios de casos en los que esta cultura jerárquica tuvo resultados mucho más graves:

M: A mi compañera la hizo hasta de llorar, diciéndole, pero tú te crees que vas a aprobar, pero si tú eres una inútil. Delante de todas nosotras, eh, y es médico. Y la chavala salió llorando. Y

después nos dijo nuestra tutora... dice, no, hombre, es que él es así, tiene ese carácter, le gusta dar bromas. (G4)

Nótese que en esta cita no es sólo el médico quien demuestra una actitud que como mínimo puede calificarse de poco apropiada. La actuación de la tutora de estas alumnas tratando de disculpar la actuación del médico en cuestión es una muestra igual de clarificadora de la potencia que continua teniendo la cultura jerárquica en el SSPA. Una cultura de la que no dejan de ser partícipes muchos de los técnicos de plantilla del SSPA. Asumir esta cultura implica para ellos aceptar un papel subordinado respecto al resto de profesionales sanitarios, pero también reclamar un rol dominante con quienes consideran un escalón por debajo, como por ejemplo los alumnos en prácticas. Es una situación que varios de los entrevistados declararon haber vivido mientras cursaban la FCT, como se expusiera unas páginas atrás:

M: Pero si es que los de prácticas somos los últimos...

M: Y además que la última vez que hicimos nosotros el hospital tenían un tocho de placas así y le dije yo al técnico: ¿Qué, se nota que no estamos nosotros aquí? Y dice: vaya nadie sube a revelarlas; y es que eso no es normal, porque es que eso supuestamente antes de empezar el tratamiento las tienen que ver, y no las ven, las ven a ojo por fuera, por no subir arriba a revelar las placas, tiene huevos vamos. (G3)

Situaciones como la expuesta en esta cita recuerdan mucho a las que relataban los residentes, aquellas en las que se les encomendaban las tareas menos agradecidas en función de su rango de internos (por ejemplo los MIR realizando las guardias nocturnas y las urgencias hospitalarias sin el apoyo de los adjuntos). Parece ser que esta cultura se reproduce también en los estratos más bajos del escalafón. Que además se manifiesta en un marco de competencia por unos puestos de trabajo escasos y de fuertes diferencias generacionales dentro del cuerpo profesional, en la que los jóvenes se encuentran mejor formados y reclaman un mayor reconocimiento que sus mayores. Unas bases más que suficientes para que estalle el conflicto entre técnicos de plantilla y alumnos en prácticas. Afortunadamente, parece que tal extremo no llega a suceder siempre. Pero no por ello debe ignorarse el problema.

5.5. Competencias

Actualmente, la formación se enfoca como un proceso por el cual el alumno aprende a desarrollar la competencia asociada a la materia en la que se forma. Es decir, no tanto que acumule unos conocimientos determinados (como se pensaba tradicionalmente la educación) como que comprenda los fundamentos y sepa aplicarlos, en la que la actitud y la habilidad son tan importantes como el conocimiento (Beltrán, 1987; Coll, 1989). Es la única manera de capacitar a los alumnos para que puedan adaptarse al cambio y la innovación constantes que actualmente se producen en todos los campos del saber. El aprendizaje de la lengua tiene por objeto el desarrollo de la competencia lingüística, el aprendizaje de las matemáticas tiene por objeto desarrollar la competencia matemática, y así sucesivamente. La FP tendrá por tanto el objetivo de desarrollar la competencia profesional (esto es, la relacionada con los puestos de trabajo a los que se orienta) de los alumnos que la cursan. Para cumplir satisfactoriamente con tal fin la FCT es una herramienta capital, como hemos tenido la oportunidad de ir comprobando. Sin embargo, no siempre se logra alcanzar esta meta, o se alcanza sólo parcialmente.

Un primer problema que puede presentarse para que esto suceda es que, efectivamente, al alumno no se le enseñen todas las competencias que requerirá su futuro puesto de trabajo. Lo cual puede ocurrir por varias razones, la mayor parte ya comentadas en páginas anteriores: falta de atención de sus tutores o de voluntad del personal por enseñar, ausencia de rotaciones o excesivas diferencias entre unas y otras, desconocimiento de los objetivos marcados en los planes de formación, exceso de celo y bloqueo a la participación de los alumnos en las labores cotidianas, etc. Por descontado, los objetivos de formación de los alumnos deben cumplirse y el SSPA asegurarse de

que se cumplan, actuando sobre las causas que lo impiden.

Sin embargo, es preciso llamar la atención sobre un segundo fenómeno relacionado con la formación por competencias que detectamos en las entrevistas y grupos de discusión. Se trata de un fenómeno a menudo mucho menos visible, pero que tiene casi la misma importancia que la falta de cumplimiento de los objetivos de la formación. En efecto, los alumnos se quejaron de que no siempre aprendieron en la FCT todas las competencias que implica el desempeño de su futuro puesto de trabajo. Pero también fue frecuente que se lamentaran de haber tenido que realizar tareas que exceden a su competencia profesional. En otras palabras, no querían que su aprendizaje dejase sin cubrir ninguna de las parcelas que entendían propias de su futuro empleo, pero tampoco deseaban aprender más, llegando incluso a negarse a hacer ciertas tareas que se les encomendaban. No nos referimos por supuesto a labores que no fueran propias de un profesional sanitario, y que pueden constituir un abuso por parte de sus formadores. No hablamos, por poner un ejemplo vulgar, de que se negasen a servir café a los tutores. Se trata de tareas como la toma de tensión, la sedación, la ayuda a los pacientes... Cualquiera que fuese más allá del estricto marco de su futura profesión. He aquí tres ejemplos:

M: Nosotros es que la medicación oral la dábamos nosotros al principio de empezar las prácticas, pero después era la enfermera la que lo llevaba todo en un carro y era ella la que se tenía que encargar, lo que pasa que cada persona es diferente y algunas enfermera tu le decías: te hecho una mano; Sí, pues toma y toma...

M: Es que tu función no es esa, la de preparar... (G1)

M: Pues yo creo que nosotros hemos estudiado más cosas que las que deberíamos, bueno porque tú ahora... Nuestro laboratorio es diagnóstico pero nosotros hemos estudiado los tratamientos y los diagnósticos que nosotros... yo no he visto en el laboratorio y he estado en cinco secciones y allí no puedes hacer nada sin preguntarle a un médico... Entonces hemos aprendido un montón de tratamientos que ni siquiera deberíamos saberlos porque nosotros no los ponemos en el diagnóstico porque nosotros tampoco... si nosotros vemos una alarma en un aparato no tenemos ni idea, se supone que debemos saberlo lo que nos dice el aparato, tenemos que avisar al médico y todo eso. (G2)

M: Si para que un enfermero que nos hacía en el TAC, nos hacía como si fuéramos nosotros enfermeros, querían que sondáramos y todo, y digo: ¿Qué estás hablando tú? Que esto es muy fácil, que esto es muy fácil; y digo: que es tu trabajo, que no lo voy a hacer...

H: A mí me dijeron de sondar allí en el provincial hice yo así... nos vemos, y me fui, porque yo le dije que eso...

M: Es que lo primero que eso no es una competencia nuestra, porque eso no tenemos que hacerlo nosotros. (G3)

Tal vez por la defensa a ultranza de los límites de cada especialidad, propia de un cuerpo profesional débil cuya posición amenazan constantemente las restantes profesiones sanitarias. Tal vez por la beligerancia contra el intrusismo profesional. Tal vez por la necesidad de constituir identidades, competencias y saberes propios, autónomos dentro del sector sanitario. Tal vez por la presión hacia la especialización que impulsa la cultura organizativa del SSPA. Probablemente por una mezcla de todo lo anterior, los alumnos de FP de familia sanitaria se muestran firmes en su negativa a aprender más allá de lo que entienden como la competencia propia de su oficio. No entienden que determinadas competencias son comunes a todo profesional sanitario, por ejemplo, saber atender ciertas urgencias, tratar con los pacientes, etc. No advierten tampoco la utilidad de comprender algunos fundamentos de sus tareas, independientemente de que excedan o no los conocimientos necesarios para el desarrollo cotidiano de su trabajo. Ni lo oportuna que puede resultar su aportación para otros profesionales, a pesar de que sean éstos quienes tienen la respon-

sabilidad de decidir en última instancia. Por ejemplo, en el caso de los técnicos de laboratorio, ¿acaso no puede ser valioso para el médico un primer diagnóstico realizado por el técnico?

Nada que rebase los estrechos marcos de sus funciones profesionales parece interesar a los alumnos de FP. Su cerrazón en los rieles de la especialidad supone una barrera importante a la formación por competencias, y en cierto modo un fracaso de la misma. Es un aspecto en el que, por tanto, habrá que seguir trabajando.

5.6. ¿Usados como mano de obra?

Un último problema que mereció la atención de los alumnos entrevistados fue el de la conflictiva doble realidad de las prácticas. Toda formación práctica que implique un contacto, por mínimo que éste sea, con el mundo profesional da pie a la especulación: ¿es realmente la formación su objetivo o se están utilizando las prácticas como un medio encubierto de contar con fuerza de trabajo a bajo coste? La FCT es muy vulnerable a estas sospechas, por dos razones. Primera, porque como su propio nombre indica se realiza en centros de trabajo. Esto significa, como sabemos, que se lleva a cabo en las propias empresas e instituciones colaboradoras, puesto que su fin es que el alumno aprenda en el contexto real donde desempeñará sus funciones como trabajador. Al contrario que otros tipos de formación práctica, como el modelo de prácticas “interno” descrito en la parte de licenciados y diplomados, la FCT tiene lugar en un espacio netamente laboral, en el que la formación es una tarea secundaria. Lo que, a pesar de todas las medidas puestas en práctica para controlar su correcto desarrollo, como el nombramiento de un tutor académico que efectúe su seguimiento, puede dar lugar a un uso fraudulento de la FCT. O simplemente a que el alumno, que se encuentra inmerso en un terreno ajeno, que no conoce bien, lo perciba de este modo.

En segundo lugar, en la FCT no media relación laboral ni compensación salarial alguna, como sí sucede, por ejemplo, en la residencia. El coste del trabajo realizado por los alumnos de prácticas es nulo en términos contables, y puede llegar a ser muy bajo si no se invierten tiempo o recursos en su aprendizaje. Esto supone una fuerte tentación para las empresas e instituciones colaboradoras, aún contando, insistimos, con los mecanismos de regulación previstos para evitarlo. En el caso del SSPA el problema se agudiza por cuanto no se puede ofrecer a los alumnos una posible contratación posterior a la FCT. En la empresa privada es muy frecuente que una vez concluida la FCT, si empresa y alumno se encuentran mutuamente satisfechos con la experiencia y existen empleos vacantes, el alumno termine siendo contratado como trabajador de plantilla. Los complejos sistemas de contratación vigentes en el sector público impiden esta posibilidad en el SSPA, contribuyendo quizá a fomentar una cierta idea de esfuerzo sin recompensa posterior en los alumnos. Asimismo, por el tamaño y complejidad del sistema en su conjunto, e incluso de muchos de sus centros de trabajo (notablemente los hospitales), realizar un seguimiento de la labor formativa resulta más complejo en el SSPA que en una empresa, lo que abre la puerta a posibles aplicaciones indebidas de la FCT.

Teniendo en cuenta todos estos factores, no es extraño que el tema de la “explotación” en la FCT apareciera en muchos de los discursos registrados. No podemos asegurar en qué medida el que los alumnos percibiesen que en sus prácticas se les ha utilizado como mano de obra barata significa que realmente se les haya tratado como tal. No podemos confirmarlo ni desmentirlo categóricamente. Mas echando un vistazo a algunos fragmentos donde se discutió esta posibilidad se aprecian algunas claves que pueden arrojar luz sobre esta cuestión:

H: En el sanatorio llegábamos, nosotros que hemos podido estar allí y era llegar y: venga ocuparse de esto vosotros; y te dejan solo, y luego venía un supervisor y te decía: ustedes no podéis estar solos, esto y lo otro... Encima bronca para nosotros.

H: Detrás de la gente para ver si aprendes algo.

H: Se aprovechaban de vosotros. (G1)

M: Pues yo al revés que tú, yo en Archivo fatal, vamos, allí me explotaban todo el tiempo. Vamos, yo no me he visto trabajar más. Primero que yo entré una semana más tarde y nadie me explicó nada. Y decía, bueno, pero qué hay que hacer... nadie. Que tus compañeras te lo expliquen, las mías. (...) A eso que me chillaba la jefa. Es que yo entré y me puse mala, tenía una piedra en el riñón y tenía que cargar y no podía tanto. Y me echaba unas broncas... “¿pero tú qué te crees, que eres la señorita?” (G4)

M: Hay gente que no ha estado tan bien, gente de mi mismo ciclo que ha hecho las prácticas en otros sitios, en otros hospitales, que se han sentido un poco explotados, que no han estado a gusto, que les encargaban el trabajo de limpieza, digamos, bueno, limpieza entre comillas, quitar papeleo del medio y tal, más que preocuparse en enseñarles básicamente los tenían para quitarles lo que iban acumulando.(E5)

Una mirada cuidadosa a las citas anteriores (préstese especial atención a los fragmentos destacados en cursiva) revela un cierto patrón: la ausencia de la labor formativa y una falta de trato o un abandono por parte de los formadores. Los autores de las citas creen que han sido utilizados porque nadie les explicó qué debían hacer ni por qué debían hacerlo, porque sus formadores no se implicaron con ellos o porque recibieron un trato que consideran injusto o excesivamente duro. Esto les hace sentirse explotados, no tanto porque hayan tenido que trabajar mucho, sino porque han trabajado sin orientación, sin posibilidad de participar y/o enfrentados a un ambiente laboral hostil. En su caso es posible decir que la FCT no ha resultado satisfactoria porque no han aprendido lo que esperaban. De haber tenido un clima de trabajo óptimo, unos tutores que se preocupasen o un aprendizaje que equilibrase la participación y el tutelaje, muy probablemente estos alumnos no hubieran interpretado su experiencia como una “explotación”. Incluso siendo la misma la carga de trabajo que hubiesen afrontado. Evitar que los alumnos sospechen de un uso indebido de la FCT requiere entonces solucionar los problemas y conflictos que se producen en la misma, y que se han analizado en los puntos precedentes. Todo ello sin negar que algunas veces, efectivamente, se utilice la FCT como medio para conseguir mano de obra de bajo coste.

6. LA PERSPECTIVA DE LA REPRESENTACIÓN CORPORATIVA

Hasta aquí la perspectiva de los alumnos sobre su experiencia en los ciclos de FP y su futuro profesional. No obstante, como se anunciara en la introducción, mientras se llevaba a cabo el trabajo de campo nos asaltaron algunas dudas sobre la fiabilidad de su perspectiva en relación a determinados aspectos. ¿Cómo podían los alumnos valorar lo adecuado de su formación si su único contacto con su oficio había sido la FCT?, más aún, ¿hasta que punto podía ser válida la opinión de quienes han descartado de entrada dedicarse profesionalmente a los oficios para los que han sido formados? Los discursos de los alumnos, por variadas que fueran sus experiencias y trayectorias, parecía insuficiente como para poder responder a estas cuestiones. Por consiguiente, se resolvió buscar informantes externos, cuya visión pudiera servir para completar la de los alumnos. En concreto contactamos con la sección andaluza de la representación corporativa de los técnicos sanitarios, la Federación Andaluza de Técnicos Sanitarios (FATE-FETISSEM). Su presidente tuvo la amabilidad de concedernos una entrevista que resultó extremadamente útil para corregir, matizar, ampliar y confirmar algunas de las afirmaciones presentes en el discurso de los alumnos. En este capítulo se exponen los resultados más relevantes de dicha entrevista, centrándonos en aquellos puntos que aportan un contrapunto a la perspectiva de los alumnos, tal y como se expuso en los capítulos previos.

Naturalmente, los contenidos de este capítulo no deben tomarse como más verdaderos u objetivos que los de capítulos previos. De hecho, la perspectiva del entrevistado no es sino una versión desarrollada y madura de la apuntada por los alumnos de ciclos de alta orientación pública. La información que se va a presentar a continuación debe ser interpretada como un medio para triangular y profundizar los resultados expuestos hasta el momento, y no como una enmienda a los mismos²⁰.

20. Todas las citas de este capítulo están extraídas de la entrevista al presidente de FATE-FETISSEM, cuyas características pueden consultarse en la Tabla 8 de la página 220.

6.1. Cualificación

Una de las cuestiones en las que la representación corporativa de los técnicos sanitarios insiste con más fuerza es la cualificación. Para esta organización, la formación que reciben los alumnos de ciclos de FP de familia sanitaria presenta una serie de deficiencias que perjudicarían su posterior incorporación al mercado de trabajo. En primer lugar, porque, a su juicio, el profesorado no tiene el nivel requerido. El entrevistado se mostró muy crítico con el hecho de que, siendo la mayor parte de los ciclos una titulación superior (refiriéndose a los ciclos de grado superior, no a los de grado medio), sea sin embargo impartida en centros de Educación Secundaria. Esto implica que los profesores son funcionarios y no especialistas. Es decir, que se trata de titulados de otras especialidades que han accedido a su puesto de profesor por haber superado unas oposiciones, pero no de profesionales cualificados y experimentados, procedentes del mismo campo al que los alumnos desean acceder al matricularse en un ciclo:

H: La formación profesional, aún siendo de grado superior, porque yo estoy hablando del módulo superior, aún siendo educación superior, se están impartiendo, hoy en día, en Institutos de Formación Profesional que están ligados a Educación Secundaria, lo cual es una aberración, puesto que los profesores que imparten esa formación no son especialistas. También te expliqué que había sitios donde sí que es cierto que hay profesores que sí que son especialistas, pero porque son centros, o bien privados, que luego se han convertido en concertados, o situaciones similares, donde es un verdadero especialista de la materia que imparte al alumno que recibe ésta, ¿no? Por ejemplo, Técnico Especialista de Laboratorio, pues puede tener un hematólogo, un Técnico de Anatomía Patológica, un patólogo, un Técnico de Radioterapia, un radiólogo especial de radiología oncológica. Entonces, esta gente sí que recibe una formación, digámosle, aunque sea sin los medios necesarios en los institutos de estas características, pero reciben una formación mediana. El alumno que va a un Instituto de Enseñanza Secundaria, donde recibe formación profesional, donde no tiene estos especialistas..., bueno, imagínate qué conocimientos puede tener, sin desmerecer al mismo profesional, eh, puesto que ha opositado y ha sacado su plaza para ser profesor de secundaria. Pero qué conocimientos puede tener un farmacéutico de la citología del screening citológico ginecológico, por ejemplo.

Como resultado, y siguiendo su argumentación, los profesores no actualizarían sus conocimientos, algo fundamental teniendo en cuenta el cambio constante en la tecnología y el progreso continuo de los conocimientos científicos. Los alumnos aprenden de profesionales cuyos conocimientos se encontrarían muy desfasados, lo que significa que no se encontrarían suficientemente preparados para incorporarse al mundo laboral. Esta situación exigiría redefinir los objetivos de la formación de los técnicos:

H: No, no, porque los contenidos no han cambiado. O sea, yo creo que uno de los problemas mayores que tiene la Formación Profesional, es que no se está adaptando a la realidad laboral, no se adapta. Tanto es así que te comentaba que los chavales no adquieren los conocimientos suficientes para desarrollar una actividad, ya sea Resonancia Magnética, etc., etc... Y luego, la formación que están recibiendo no es acorde a la necesidad laboral. Realmente, lo que nosotros necesitaríamos es sentarnos con la Consejería de Salud y decir, vamos a hablar de un mapa de competencias. ¿Qué es lo que hace un técnico de Rayos, mire usted? Y una vez que sepamos qué es lo que hace un técnico, mire usted, vamos a formarlo.

Desde FATE-FETISSEM se entiende que tampoco el temario que imparten los profesores se encuentra suficientemente homologado y regulado, de manera que cada profesor buscaría por su cuenta los contenidos que le corresponde enseñar. Esta afirmación se antoja un tanto exagerada, habida cuenta de que el currículum formativo suele ser establecido por la legislación vigente. No obstante, cabe recordar las quejas de algunos alumnos sobre el escaso conocimiento de algunos profesores del temario de determinados módulos (comentadas en el punto 4.1), lo que quizá viniera a dar la razón, siquiera parcialmente, al sindicato de los técnicos sanitarios. Obviamente, esta organización reclama un control más estricto de los contenidos que se están impartiendo en los ciclos:

H: Solamente me tiene que sacar un documento, donde me hace una solicitud con lo que va a hacer, los temas que se van a impartir, etc., etc., y con esto ya es suficiente, los contenidos no se exigen. Entonces, habrá que ver qué contenidos están impartiendo en cada instituto a sus alumnos, ¿sabes?, habría que verlos, eh, habría que verlos. Porque nadie te exige... no hay un temario a seguir. Tú vas a medicina y sí, hay un montón de libros donde poder estudiar un temario o referencias. O sea, que un profesor llega, fotocopia cosas que haya encontrado por ahí, te las traen y ese es el temario, ¿no?

Asimismo, en FATE-FETISSEM se piensa que a los técnicos no se les forma para adquirir competencia profesional. No sólo porque los conocimientos que se les transmiten no estén actualizados o porque sus profesores no estén suficientemente preparados. Principalmente porque no se les proporciona una formación comprensiva. Según el entrevistado, a los alumnos se les enseña fundamentalmente a realizar tareas de un modo rutinario, pero no a comprender sus fundamentos. En síntesis: no se desarrolla su competencia profesional. Los técnicos, sin embargo, han de tomar decisiones importantes que dependen de su capacidad para interpretar resultados, relacionar síntomas, etc. Si este aspecto de su formación no se cubre adecuadamente, el alumno no se encontrará preparado para ocupar un puesto de técnico sanitario con capacidad de decisión autónoma, lo que afectaría a la calidad del servicio prestado por el SSPA:

H: Yo soy de Anatomía, en concreto. El screening diagnóstico es..., pues de sesenta o setenta muestras diarias que pueden llegar a haber. O sea, analizar, comprobar lo que es el tipo de células que se encuentran extendidas en ese cristalito, tú te pones a analizarlas y las ves. ¿Qué tienes que hacer? Seleccionar aquellas que tienen patologías y las que no tienen desecharlas. O sea, ya estás tomando, evidentemente, o asumiendo una responsabilidad, y determinando un pre-diagnóstico, porque yo estoy diciendo si es, o no, patológica. Y eso está en el día a día, y es comprobado y, aparte, son funciones propias de los técnicos, ¿no? Entonces, aquí te estoy diciendo yo que hacemos esto, pero no viene recogida esa función, no. Entonces, tú le pasas al patólogo la que consideras que es patológica, y, evidentemente, tienes que decirle por qué crees que es patológica y hasta qué punto. Distinto es que luego él matice o revise esa citología para ya diagnosticarla en más profundidad. Pero el primer rechazo de la muestra como no patológica la hace el técnico. Entonces, en esto no se les prepara a ningún técnico en Formación Profesional de Grado Superior en ninguna escuela.

En FATE-FETISSEM se señala de nuevo a los profesores como los principales responsables de esta problemática. Creen que al no formarse en un conocimiento propio, autónomo respecto a las restantes profesiones sanitarias, sino procedente de otras disciplinas, a los alumnos se les inculca la idea de que su competencia profesional se reduce a la realización de unas pocas tareas rutinarias bien delimitadas:

H: Ves, volvemos otra vez al problema, es al revés. Es lo que te decía yo; como al técnico no se le ha formado como algo propio, le llama la atención aquello para lo cual no le han formado. Mira, el ejemplo te lo pongo... Un día fui a dar una charla, aquí en un centro, en una escuela, y eran técnicos de Dietética. Los técnicos de Dietética más avisados me demandaban si ellos podían poner una consulta en el mundo laboral, porque su profesora, que era farmacéutica, decía que estaba prohibido y que no podían. O sea, los propios profesores, por intereses personales o por lo que sea, ya van, digamos, encasillando al propio alumno, y cuando el alumno llega y se encuentra en un mundo laboral tan distinto de la realidad, que, como este caso, no los une.

Quizá pueda resultar excesivo pensar que los profesores cuidan tan celosamente su disciplina de origen que en cierto modo limitan a sus alumnos intencionadamente. Al fin y al cabo, la mayor parte de los alumnos afirman que sus profesores se han implicado activamente con ellos, yendo en muchas ocasiones mucho más lejos de sus responsabilidades oficiales. Pero, como vimos en el punto 5.5., no deja de ser cierto que los alumnos a menudo se niegan a realizar tareas que excedan las que entienden propias de su profesión. Con la evidencia que disponemos no podemos saber si,

como defiende el entrevistado, son los profesores los que infunden a los alumnos esta idea, por lo que nos limitaremos en este punto a exponer su opinión. Sea como fuere, desde FATE-FETISSEM se combate con energía la imagen del técnico como simple ejecutor de tareas, con las implicaciones que conlleva para la carrera laboral posterior. Para esta organización es necesario que todos los profesionales sanitarios desarrollen una serie de competencias básicas. El técnico sanitario tiene una labor asistencial que incluye saber tratar a los pacientes, explicarles el procedimiento que se les va a aplicar, las posibles consecuencias del mismo, etc. Una serie de competencias en las que los alumnos de FP tampoco estarían siendo formados adecuadamente:

H: Mira, uno de los mayores problemas que ha conllevado siempre el concepto técnico, es el concepto de técnico de lavadora. (...) Pero la gente no lo entiende como tal, o sea, la gente ve a un técnico en una labor asistencial y no ven la labor asistencial, sino que les han llegado, incluso, a llamar el aprieta botones. (...) El técnico tiene una labor asistencial importantísima que es dar a conocer al enfermo, perdón, al usuario, el por qué, para qué, cuánto va a durar, qué es lo que se va a hacer, qué reacciones va a tener frente a lo que yo le voy a hacer. O sea, en definitiva, qué ha de esperar un profesional que va a hacer una técnica para poder diagnosticar una patología a ese paciente. Eso no se le enseña a un técnico. A un técnico no se le enseña, por ejemplo, a una situación difícil de lo que es un paciente, llamémosle difícil. (...) O conflictivo. O sea, a mí me llega un paciente que ha estado esperando durante un buen rato en la puerta y yo no tengo conocimientos suficientes para resolver una situación de stress que genera el paciente y que genera el propio profesional. (...) No, pero trata, pero no por propio interés, sino porque es que lo han enseñado a hacerlo así. Lo trata como una caja. No respire, respire. Pom, pom. (...) Entonces, al final el técnico acaba asumiendo el concepto de aprieta botones, y es una barbaridad, cuando hoy en día, cualquier profesional que trabaja en un hospital tiene que tener los conocimientos básicos para realizar una actividad asistencial en un paciente, como reanimación básica, que se llama. Claro, a ti se te cae un paciente, y debes de saber abordar la situación, pero si es que lo hacen en todo el mundo.

Con todo, el entrevistado creía posible que algunos de los profesores de secundaria se reciclasen para alcanzar el nivel mínimo exigible que, en opinión de su organización, deberían alcanzar para impartir clases en los ciclos de grado superior. El problema es que estos profesores cobran como profesores de educación secundaria, por lo que, a su entender, es difícil que se motiven para actualizar sus conocimientos, para formarse continuamente y adquirir el nivel propio de la educación superior. Es por ello que abogan por que sean los profesionales en ejercicio quienes enseñen en los ciclos de grado superior. En otras palabras, se sugiere que los propios técnicos pasen a ejercer la docencia, una posibilidad que ya apuntábamos en el capítulo 4. Como se observa en una de las citas anteriores, este es un modelo que al parecer se da en centros de formación privada, que en buena lógica tienen más libertad para contratar a los docentes que consideren oportunos. Esto quizá explicaría por qué el porcentaje de alumnos de ciclos de FP de familia sanitaria que cursan su formación en la educación privada es sensiblemente superior a la media de todas las ramas de la formación profesional, como se viera en el capítulo 2.

Otro problema que se observa desde FATE-FETISSEM en la formación de los técnicos sanitarios es la escasa duración de los ciclos. Según esta organización, en el resto de Europa los ciclos de grado superior alcanzan los tres cursos de duración, mientras que en España se realizan sólo en dos. Esto implica bien que el temario se enseña a una velocidad excesiva, bien que se dejan de enseñar contenidos que deberían formar parte de dicho temario. En cualquiera de los dos casos, la formación se ve devaluada. Es más, debido a la diferencia de duración entre unos ciclos y otros, los técnicos españoles no pueden acceder al mercado de trabajo de otros países europeos, puesto que su título no es homologable. No es un problema menor, teniendo en cuenta las escasas posibilidades de promoción o mejora salarial que, por regla general, padecen los técnicos:

H: no comprendían cómo en Europa, los conocimientos que tiene un técnico especialista, en este caso técnico... da igual cómo le llames, el que viene a desarrollar esta actividad, son conocimientos que llevan, mínimo, los ciento ochenta créditos hasta doscientos cuarenta créditos. Aquí

no hay créditos, porque aquí no estamos en el mundo universitario. Entonces aquí se estudia dos años, allí se estudia, mínimo, tres en adelante. Claro, les chocó mucho que algo tan importante como trabajar en los procesos diagnósticos se esté desarrollando por profesionales, que aunque alcancen y tengan un grado importante de conocimientos en el puesto de trabajo, no lo reciben en su formación.

Formación no comprensiva, ausencia de un conocimiento propio, falta de actualización del temario, profesores inadecuados, escasa duración de los ciclos... Está claro que desde FATE-FETISSEM se considera que los alumnos de FP están muy lejos de recibir la mejor formación posible. En buena lógica, si el alumno no está bien formado, tendrá más dificultades para encontrar empleo posteriormente, o para desarrollar sus funciones como profesional si consigue ser contratado. Y eso es exactamente lo que sucede, o al menos eso afirma el entrevistado:

H: ¿Por qué? Pues mira, porque los conocimientos que nosotros requerimos hay que ponerlos al día. Los médicos tienen sus sesiones clínicas diarias. Los médicos se reúnen, participan, y adquieren... Bien, estamos hablando de los conocimientos para dar un diagnóstico o para llegar a él, pero la persona que participa en los procesos para que el médico llegue al diagnóstico, porque al fin y al cabo, nosotros lo que hacemos es coger una bandeja de datos, y una vez que están centrifugados, acabados, limpios, filtrados, se los ponen encima para que el médico diga, pues con estos datos yo diagnostico. Pero es que los conocimientos de la persona que va a desarrollar esa actividad no se están actualizando. Entonces, te puedo decir que el ochenta, ochenta y cinco por ciento de las personas no saben. No saben, digamos, aquellas tecnologías de alto..., de mayor dificultad; lo que genera problemas de contratación en verano, genera problemas de las personas que no se pueden tomar las vacaciones cuando quieren, etc., etc.

La formación posterior al ciclo se hace entonces imprescindible para que el técnico encuentre un buen empleo. Al no haber recibido un conocimiento actualizado para el desempeño de sus funciones profesionales, al joven alumno no le queda más remedio que buscar cursos que complementen su formación si quiere optar a ser contratado. Algunos de los alumnos entrevistados y participantes en grupos de discusión parecían encontrarse en esta situación. Otros sin embargo encontraron trabajo sin necesidad de recurrir a la formación complementaria. Pero no deja de ser cierto que nuestra muestra es demasiado corta como para estar seguros de que la situación denunciada por FATE-FETISSEM es cierta o no. Sería necesario un estudio más profundo sobre la trayectoria posterior al ciclo para confirmar, desmentir o matizar si, como se afirma desde FATE-FETISSEM, la formación de los técnicos sanitarios es tan deficiente.

6.2. Reconocimiento

Como sindicato, FATE-FETISSEM tiene como objetivo principal pelear por el reconocimiento de los técnicos como profesión dentro del sector sanitario. Reconocimiento en sentido amplio: de sus titulaciones por parte del SSPA, de sus competencias frente a otras profesiones sanitarias, de sus capacidades docentes, de la existencia de un campo de conocimiento específico de cada ciclo, de la necesidad de establecer una carrera profesional con posibilidades de promoción y mejora salarial y, finalmente, del mismo respeto que cualquier otra profesión sanitaria. Hemos ido viendo a lo largo del texto que los técnicos son el cuerpo profesional menos reconocido y más débil de todo el sector sanitario, entre otras razones porque carecen de organizaciones fuertes que lo defiendan. FATE-FETISSEM aspira a llenar este vacío, y por ello merece la pena conocer su posición y sus propuestas.

La primera reivindicación de FATE-FETISSEM es el reconocimiento de todas las titulaciones de técnico superior por parte del SSPA. Como hemos visto, ciclos como higiene bucodental o salud ambiental no se encuentran reconocidos por el SSPA, de manera que no tienen ninguna posibilidad de acceder a un empleo en la sanidad pública. Desde esta organización se comprende que algunos ciclos, como los que en este estudio hemos definido como de baja orientación pública, no tengan cabida en el SSPA, puesto que se ocupan de campos todavía no cubiertos por la sanidad

pública. Sin embargo, consideran intolerable que, una vez se decide ampliar la cobertura a nuevos campos, no se cuente con los profesionales preparados específicamente para tratarlos. Tal es el caso de la salud dental, que está siendo progresivamente incorporada al espectro de cobertura del SSPA. Para FATE-FETISSEM es innegociable que si la salud dental pasa a ser competencia del SSPA, entonces debe contarse con los higienistas bucodentales. Si no es así, es porque, en opinión de esta organización, se quiere aumentar la cobertura sin ampliar plantilla, lo que implica tanto un aumento de la carga de trabajo para los trabajadores del SSPA como dejar que su tratamiento sea encargado a un cuerpo profesional no preparado específicamente para hacerlo. Ambas políticas merecen la crítica de FATE-FETISSEM:

H: Vamos a ver, para poder opositar, evidentemente, tienes que estar dentro del marco de especialidades reconocidas en el SAS. El SAS no reconoce todas las especialidades que la formación profesional imparte, solamente reconoce unas cuantas. (...) Hoy en día sólo tienen reconocido lo que es Anatomía, Laboratorio, Medicina Nuclear, Radioterapia, Radiodiagnóstico, Dietética y Nutrición y, últimamente, han incluido a los Documentalistas, eh, Documentalistas en Orientación Sanitaria. ¿Por qué se incluyen éstos dos últimos? Pues mira, se incluyen por la necesidad que se genera por parte de los centros hospitalarios en tener profesionales que conozcan esa materia y sacarles el mayor rendimiento, como es el caso de los Documentalistas. Pero no tenemos Higienistas Bucodentales, no tenemos. ¿Por qué no tenemos Higienistas? Pues no lo sé, porque en el resto de España sí los hay en muchos sitios. Los Higienistas Bucodentales vienen a desarrollar una actividad que es de higiene y prevención (...) Y luego podrían hacer, perfectamente, pues después de que Chávez sacó el Decreto para las salud Buco-dental de los niños, ¿no? Pues ahí, perfectamente, tienen cabida y ubicación, pero el SAS no los ha admitido. ¿Por qué?, porque tiene súper hábit de profesionales, por lo que sea, no quieren, o porque tienen una plantilla muy grande..., no lo sé, pero no los meten. Entonces, es una hipocresía decir que es así porque no es así. Ustedes disponen de profesionales pero no los usan.

Como se desprende de la cita anterior, el caso de los higienistas bucodentales es reciente, pero otras especialidades como documentación sanitaria son también de reconocimiento reciente a pesar de que sus funciones son necesarias desde mucho antes. ¿Por qué se ha tardado tanto en reconocer sus titulaciones? De hecho, como ya sabemos, en buena medida su trabajo sigue siendo realizado por personas sin la cualificación necesaria, como auxiliares administrativos. Para FATE-FETISSEM esta política supone una pérdida de recursos y energías, pues se dispone de profesionales cualificados que no se emplean pese a que su aportación puede ser valiosa y aumentar la calidad del servicio prestado por el SSPA. En el caso de los higienistas bucodentales todavía se está a tiempo de rectificar, pero para otros profesionales es demasiado tarde. Véase si no el caso de los técnicos de farmacia:

H: Con respecto a especialidades reconocidas o no? Pues lo que te dije antes, es cuestión de que el SAS se plantee incorporar nuevas. De hecho, te llama la atención que la Consejería de Salud sí que reconoció en su momento al técnico especialista de Farmacia, y esto es un ejemplo también muy llamativo. Nosotros teníamos aquí antes a técnicos especialistas de Farmacia. Grado Superior sería hoy en día. Han dejado de existir. Llevo más de cuatro o cinco años diciéndole al SAS que los incorporaran, porque era interesante, que en las farmacias los estaban demandando. Un técnico especialista en Farmacia puede hacer fórmulas magistrales, todo siempre ligado a su farmacéutico, ¿no? Entonces, son los primeros que han intervenido en desarrollar la unidad que hace la monodosis, o unidosis. O sea, tu te vas a la Consejería de Salud, y han sido los primeros centros donde no se desperdician medicamentos de los que siempre han carecido bastante la sanidad, ¿no? Te llegan, pom-pom, te reparten tu dosis, y eso lo han puesto en marcha técnicos especialistas de Farmacia. Cuando lo han comprendido y han querido, me han demandado técnicos especialistas y ya no hay, ya no se imparte en esta formación. De hecho, hasta desaparece en cierta medida, y pasa a Química, como el abogado de medicamentos...

Además de un desperdicio de recursos, FATE-FETISSEM entiende que estas políticas incitan a la competitividad entre profesiones sanitarias. Al no estar claramente delimitadas las funciones

de cada puesto y cada profesión, los cuerpos profesionales se lanzan a reivindicarlas para sí. Los grandes perdedores de esta competición son los técnicos sanitarios, pues como sabemos tienen menos fuerza y capacidad defensiva que el resto de profesiones sanitarias. Esto les mantendría en una posición dependiente del reconocimiento del resto del sector, y por tanto perpetuaría su debilidad. Esta sería la razón por la que los técnicos continuarían recibiendo una formación que limita su competencia a la ejecución de tareas, como vimos anteriormente:

H: Hay muchos intereses en otras profesiones que chocan contra los nuestros. De hecho, cuando sale el Decreto que regula la Formación Profesional de Grado Superior de cada una de nuestras especialidades, nos impugnó todo el mundo, Colegios médicos, Colegios farmacéuticos, Colegios químicos, Colegios de enfermería, Colegios... Todo el mundo nos impugnó, como si parte de nuestra formación tuviera algo que ver con sus carreras profesionales. Todo el mundo. Entonces, ¿eso qué hace?, que se acojonan, porque aquí esos colegios tienen mucha fuerza en España. Se asustan e intentan maquillar la situación, que tienen unos profesionales con una responsabilidad de la ostia, que no se les reconoce porque se les intenta mermar ese reconocimiento, y después te encuentras con que no están formados. Claro, si es que no los puedes formar porque no se les está reconociendo.

Según el entrevistado, los enfermeros son el cuerpo profesional con el que más veces chocan los técnicos. Seguramente esto se deba a que el campo potencial de acción de los enfermeros es muy amplio, lo que multiplica los puntos de fricción con los técnicos (en rayos, en la farmacia, e incluso en laboratorio), como se ha comprobado en capítulos anteriores. Por el contrario, los médicos serían los que más habrían respaldado a los técnicos sanitarios, siempre en opinión del entrevistado:

H: Aquí un técnico no puede estar solo en la sala de rayos porque ¿y si se cae el enfermo de la mesa? Pero mire usted, ¿y si se le cae a un celador el señor de la silla?, pero qué chorrada está... O sea, que tienen que existir enfermeros por narices en cada esquina del hospital... Entonces, barbaridades como estas, estamos sometidos a ellas y esto es denigrante (...) Luego, por ejemplo, hay una serie de actividades asistenciales, dentro de los procesos técnicos. Te explico; nosotros por ejemplo, yo soy técnico de Anatomía, ¿no?, y hacemos algo que se denomina..., pues la punción de un tumor, o de un órgano, o un hueco o de cualquier parte del cuerpo que se pretende coger una muestra celular, ya bien sea líquida, o bien sea sólida, ¿no? Entonces, ¿qué hace el médico? Pues tú le preparas el campo, el campo estéril. Tú pinchas y después le pones un apósito y ya está. Bien, pues la enfermería se empeña en que esa es una labor asistencial y que por tanto el técnico no puede hacerlo. O sea, vuelven a boicotearte todo el proceso de la técnica. Ha habido muchos médicos que han apostado por los técnicos, muchísimos médicos. Eso es un valor a agradecer a los facultativos, y los han apoyado. Pero claro, es insuficiente, porque las direcciones de enfermería bloquean, totalmente, estos procesos.

El conflicto entre técnicos y enfermeros se reproduciría en la FCT. Como los enfermeros verían en los alumnos de FP a un futuro rival, se negarían a formarlos, o lo harían de un modo deficiente, no enseñándoles ciertas técnicas por entender que son competencia de enfermeros y no de técnicos:

H: ¿Por qué? Porque hay un enfermero, por ejemplo, haciendo screening y no lo dejan, o dice que no colabora con él. (...) Entonces, ¿qué pasa con este técnico que no tiene conocimiento de inmunistoquímica, por ejemplo? Porque fíjate en un detalle importante: si el técnico va a hacer sus prácticas en un hospital como Antequera, que es un hospital comarcal, o la Axarquía, que es un hospital comarcal, no tiene problemas, porque la totalidad de la plantilla son técnicos, y ese joven, esa persona, va a pasar por todos y cada uno de los puestos, rotándolos a diario, de tal forma que adquiere unos conocimientos, no solamente amplios, sino específicos, sin perder nada, o sea, sabiendo trabajar si entra mañana si lo contratan. Entra a trabajar y le da igual que lo pongan en un puesto que en otro. En el caso de hospitales grandes, donde el volumen y tal hace que se distribuyan en parcelas o áreas de trabajo, es más complicado. ¿Por qué? Porque si en esa

parcela hay un enfermero y no se presta a colaborar en la docencia, ese joven no aprende.

Esto vuelve a llevarnos al debate sobre la elección de los tutores, y a la necesidad de que sean los propios técnicos quienes enseñen a los alumnos de FP, en especial durante la realización de la FCT, o al menos así se observa desde FATE-FETISSEM:

H: O sea, nosotros estamos reivindicando en ciudades como Jaén, que sea el técnico el que sea el tutor, eh, porque la institución, o sea, el hospital y el instituto y lo estamos consiguiendo. Entonces, la preocupación es mayor, conseguimos que haya mayor, digamos, responsabilidad por parte del técnico a la hora de comprobar si está o no realizando las prácticas adecuadamente, y, evidentemente, al ser técnico, digamos que se involucra muchísimo más que si no lo fuera, ¿no?, porque no lo encuentra como..., y vamos a llamar a las cosas por su nombre, no lo encuentra como rival.

Como se viera en capítulos precedentes, los alumnos no piensan como el entrevistado. Su experiencia indica que, en ocasiones, los propios técnicos contemplan a los alumnos como futuros rivales. Sin negar que también otras profesiones sanitarias perciban a los futuros técnicos como una amenaza potencial a sus puestos de trabajo -por ejemplo, los enfermeros a los que alude el entrevistado-, la escasez de empleo público disponible para los técnicos fomenta la competitividad entre quienes están en plantilla y los alumnos de prácticas. Simplemente no es cierto que por pertenecer a un mismo cuerpo profesional se elimine la rivalidad, como hemos tenido la oportunidad de comprobar. Reivindicar que los tutores laborales de los alumnos de FP sean técnicos es perfectamente defendible como medio para que el alumno aprenda las labores de su futuro puesto de trabajo directamente de quienes lo ejercen hoy. Pero no asegura, ni mucho menos, que el tutor vaya a atender mejor a sus alumnos.

Adopte la forma que adopte, la competencia entre profesiones sanitarias no es buena para el SSPA, pero sobre todo es nefasta para los técnicos sanitarios. Al ser el cuerpo profesional con menor fuerza, es también el que siempre tiene más posibilidades de perder en caso de conflicto. No es de extrañar entonces que su sindicato corporativo insista en la necesidad de que se establezca un mapa claro y bien delimitado de las competencias de cada profesión sanitaria en el SSPA. Establecer nítidamente las funciones y responsabilidades de cada puesto eliminaría las reclamaciones cruzadas entre profesiones sanitarias sobre los aspectos de la prestación que cada una considera de su competencia, relajando la presión que otros cuerpos profesionales ejercen sobre los técnicos:

H: Entonces, la sanidad sigue funcionando con ese tipo de comportamiento, ¿no?, de... bueno, tengo a alguien que me lo hace todo. Y es que cuando tú estableces un perímetro de actividad, bloqueas muchas veces el poder que alguien te resuelva algo en un momento dado. (...) Que somos una cadena de trabajo y deberíamos de participar en ese proceso todos, y para eso hay que desarrollar un mapa de competencias en condiciones. Pero yo entiendo que suceda eso, pero hay cosas que no deberían de suceder, y es que la gente tiene que estar formada en el mundo sanitario para hacer cualquier cosa en la cual intervenga la salud del usuario.

En esta cita el entrevistado vincula la elaboración de un mapa de competencias en el SSPA a la calidad asistencial. Pero no en menor medida, en FATE-FETISSEM se piensa que a lo que dicho mapa contribuiría es a la mejora de las condiciones laborales de los técnicos. Aunque en ningún momento se explicitase, es fácil suponer que con un mapa que concretase con precisión las competencias de cada profesión sanitaria, los técnicos podrían dejar de concentrarse en la defensa de su posición dentro del SSPA y dedicar sus energías a reivindicar mejores condiciones laborales. Por otro lado, desde el sindicato se opina que un mapa de competencias de estas características visualizaría la aportación real de los técnicos al SSPA, lo que permitiría discutir si está siendo remunerada justamente. La siguiente cita ilustrará este argumento:

H: Entonces claro, tenemos un trecho enorme, que el único que puede resolverlo es la Conse-

jería de Salud. ¿Cómo? Pues desarrollando un mapa de competencias, colocándonos donde nos corresponde y acabando, que es donde yo creo que está el problema, en el concepto formativo. El enfermero no nos vería como un enemigo si fuéramos diplomados, porque, de hecho, convive con fisioterapeutas, convive con podólogos, y con otros profesionales diplomados. Entonces, él nos ve como enemigo por esa cuestión, y el propio enfermero que permanece en su puesto de trabajo, nos ve como degradante de su situación. O sea, él dice, coño, soy enfermero, pero estoy aquí con una mierda de técnico, y esa es su misión. Luego, están conviviendo profesionales que cobran unos sueldos disparatados de diferencia. Un enfermero cobra 1.700, 1.800 euros, un técnico gana 1.100, 1.200. Solamente en conceptos básicos. Si eso lo llevas al rendimiento profesional por hacer lo mismo, al enfermero le pagan 1.800, al técnico 900.

Así pues, en FATE-FETISSEM se considera que la confección de un mapa de competencias es un paso clave para alcanzar el reconocimiento de los técnicos como cuerpo profesional. Reconocimiento material, por así decirlo, pero también simbólico. Los técnicos no sólo tienen salarios más bajos o peores condiciones laborales que el resto de profesiones sanitarias en el SSPA. También son el colectivo menos visible, el que menos se tiene en cuenta, el más ignorado. Es un cuerpo profesional que se siente minusvalorado tanto por el SSPA como por las demás profesiones sanitarias. El entrevistado trajo a colación un ejemplo que, pese a que puede parecer anecdótico, es una muestra de esta situación:

H: Con decirte que cuando nos reciben..., que eso es una llamada de atención, porque yo estoy estudiando enfermería, he terminado segundo este año, y me llama la atención que te reciben en el hospital todos los cargos directivos del hospital a todos los alumnos. Te dan la bienvenida, etc., etc., en una especie como de aboengo ahí, ¿no?, a la hora de la presentación, ¿no? A nivel técnico no. Entonces, claro, un técnico que llega y no se siente abrazado, arropado..., no es lo mismo, no se siente... El otro sitio no, es un apoyo continuo, un desbordamiento de buenas intenciones, y en el caso del técnico no. (...) Entonces yo pienso que es que esa participación activa también de los otros profesionales con ellos... es que ahí... vamos, que son los patitos feos, y lo seguirán siendo, y no les importan.

Esta sensación de ser menos, de contar menos que los demás, influye poderosamente en la percepción de los técnicos sanitarios, que se encuentran ante la agotadora obligación de reivindicar continuamente su valía. Hemos visto que es una percepción que cala muy pronto, prácticamente desde que se termina el ciclo. Y que se prolonga durante toda la vida laboral, según asegura FATE-FETISSEM. Esta presión terminaría por socavar el ánimo del técnico, con una pérdida progresiva de su autoestima:

H: Y a veces, hace que la gente acabe..., bueno, con su propia autoestima, porque nosotros tenemos muchas bajas por depresión, gente llorando a palas. A mí me llega la gente diciéndome, qué triste que tú vayas a trabajar y te encuentres con un marrón como este, ¿no? Es decir, la gente está continuamente, venga, pom, pom, dándole caña. El ser hoy en día un profesional de Formación Profesional en el campo nuestro, ya ha ido pasando, ¿no?, porque ya hay muchos técnicos que un poco te amparan, pero ha sido muy duro, eh. Yo personalmente, a título personal que lo he vivido, que he tenido suerte, ha sido muy, muy duro, eh, durísimo. Cosa que no he tenido ahora, por ejemplo, y estudio enfermería, macho, que estoy como Dios, que me tratan con un respeto, un no sé cuánto. A nosotros nos han tratado siempre con la punta, eh. No han querido tratar contigo, las actividades de menor, digamos, gusto, dependiendo de aquellas que hayan considerado en un hospital de mal gusto en otros, pues te delegan esa actividad. (...) O sea, una muestra de falta de interés, ¿no?

No disponemos de datos suficientes como para confirmar, desmentir o matizar estas afirmaciones, pero los resultados de nuestro estudio apuntan que no deben estar muy alejadas de la realidad. Es innegable que los técnicos de FP son el cuerpo profesional menos valorado dentro y fuera del sector sanitario. Sin embargo, como también se ha puesto de manifiesto en este estudio, los técnicos pueden llegar a ser un colectivo importante en el futuro del SSPA. Está en

manos de sus responsables que este potencial no se desperdicie.

7. CONCLUSIONES

Es casi un lugar común escuchar que la reforma de la Formación Profesional ha supuesto un éxito educativo considerable. Y en muchos sentidos no puede negarse que, efectivamente, así ha sido. Una mirada más atenta puede relativizar esta impresión. A pesar de sus muchos avances, la FP no está exenta de problemas. Es el caso de los ciclos de la rama sanitaria, como hemos podido comprobar a lo largo de este texto. Vamos a tratar de reconstruir el amplio espectro de cuestiones en la que nos hemos ido deteniendo, a fin de obtener una visión más completa de la formación de los técnicos sanitarios en Andalucía.

El alumnado de los ciclos de FP de familia sanitaria está compuesto fundamentalmente por mujeres. La gran mayoría son jóvenes que han concluido recientemente el Bachillerato, o la E.S.O. para quienes se matriculan en ciclos de grado medio, pero que no han conseguido acceder a la universidad, o no se han considerado suficientemente preparadas para ello. Para estas alumnas los ciclos de FP representan una alternativa formativa viable, una vía de acceso indirecta a la universidad o simplemente un modo productivo de ganar tiempo mientras deciden como orientar su carrera profesional. Entre las alumnas también hay mujeres de mediana edad que han decidido reincorporarse al mercado laboral tras experimentar un cambio profundo en sus vidas, percibiendo los ciclos de FP como una oportunidad de lograrlo en un plazo relativamente corto. Un tercer grupo de alumnas procede de la universidad, ya sea porque han concluido su carrera y consideran necesario completar su formación cara a la búsqueda de empleo, ya porque abandonan los estudios universitarios porque prefieren recibir una formación más práctica que la que se imparte en las facultades. Tres tipos de alumnos diferentes que, por la diferencia de sus posiciones de partida, tienen expectativas distintas respecto a los ciclos, siendo los dos últimos grupos más tendentes hacia la práctica y la orientación laboral.

No obstante, todas tienen en común una fuerte vocación sanitaria que incluso sienten desde la infancia. Una inclinación que, sin embargo, suele ser difusa, poco enfocada hacia un objeto concreto. Por esta razón, escogen los ciclos sin conocer demasiado sobre sus contenidos, un poco “a ciegas”, en palabras de una de las alumnas entrevistadas. Una vez comienzan a estudiar el ciclo, lo más común es que se vayan interesando progresivamente en el mismo, de manera que aquella vocación indefinida por lo sanitario va tomando forma, orientándose hacia una carrera profesional. Esta particular trayectoria produce una cultura sanitaria muy alejada de las concepciones tradicionales de la salud: más abierta y compleja, más diversificada, atenta a dimensiones hasta ahora poco relacionadas con la salud (la alimentación, la educación, el entorno, etc.). Una cultura sanitaria muy parecida a la que quiere hacer suya el SSPA. Esto convierte a los técnicos sanitarios en un cuerpo profesional de gran importancia para el futuro del SSPA.

De todos modos, la situación de los ciclos es muy diversa, lo que conduce a trayectorias y perspectivas muy diferentes. En concreto, hay un factor clave que explica gran parte de las diferencias en los discursos de los alumnos. Se trata de la orientación sectorial, que hemos definido como la tendencia preferente de los alumnos de un ciclo hacia el sector público o el privado. En función de este criterio, hemos encontrado tres grandes posiciones discursivas:

1) Ciclos de alta orientación pública (imagen para el diagnóstico, radioterapia, documentación sanitaria). Son ciclos cuyos alumnos tienen sus salidas laborales muy acotadas hacia el SSPA. Esto les hace ser más exigentes con su formación y más críticos con el SSPA. Son los alumnos de FP más conscientes de la necesidad de defensa de la profesión, los que con más fuerza reclaman un campo de conocimiento específico para los técnicos y los más activos en la reivindicación de reconocimiento de sus títulos.

2) Ciclos de baja orientación pública (audioprótesis, ortoprotésica, prótesis dentales). En ellos

el SSPA es una realidad ajena, puesto que su carrera profesional se orienta casi exclusivamente hacia el mercado privado, en el que los alumnos disfrutan de buenas oportunidades de empleo y condiciones laborales aceptables. Sus alumnos muestran una gran inclinación hacia la práctica y en general están muy satisfechos con su formación. Son también los más predispuestos a crear empresas.

3) Entre ambos extremos se sitúan todos los demás ciclos, que componen el heterogéneo grupo de ciclos de orientación pública media. A pesar de su diversidad interna, todos tienen en común un fuerte deseo de trabajar en el SSPA y una dificultad objetiva o percibida de materializar este anhelo, lo que les mueve a reclamar al SSPA la creación de más puestos de trabajo o la rebaja de las condiciones de acceso al mismo. A partir de aquí sus trayectorias son muy divergentes. Si el alumno es joven y el ciclo que ha estudiado tiene escasas salidas laborales, o estas son poco atractivas, entonces lo más probable es que se decida a prolongar sus estudios matriculándose en otro ciclo o en la universidad (caso típico de los ciclos de farmacia, cuidados auxiliares de enfermería y dietética). Si el alumno es mayor o tiene buenas alternativas laborales (higiene bucodental, salud ambiental), optará por buscar un trabajo relacionado con su formación. Por último, los ciclos laboratorio de diagnóstico clínico y anatomía patológica y citología suelen compartir alumnos, de modo que una misma persona comienza estudiando uno de los dos, pero ante la duda sobre sus posibilidades de encontrar empleo en el SSPA decide completar su formación estudiando el otro. Una vez termina de estudiar este segundo ciclo, comienza a buscar activamente empleo en el SSPA y su posición se asimila a los de alumnos de alta orientación pública.

A pesar de esta diversidad de situaciones, y en consecuencia de percepciones, los resultados del estudio permiten esbozar un retrato del estado de la formación de los alumnos de FP de familia sanitaria. En primer lugar, se cuenta con un profesorado por lo general motivado e implicado con sus alumnos, llevando su compromiso en muchas ocasiones más allá de sus responsabilidades oficiales. Los alumnos entrevistados o participantes en grupos de discusión se mostraron también satisfechos con su preparación y su capacidad docente, si bien también hubo práctica unanimidad en considerar que en cada ciclo hay profesores cuyo nivel es más bajo que el de la media en todos los aspectos (implicación, conocimientos, metodología pedagógica). También hubo una amplia coincidencia en considerar que la duración de los ciclos es escasa, lo que provoca que muchos de los módulos en los que se divide el ciclo se impartan demasiado rápidamente o de manera superficial.

En cuanto a los contenidos, en su mayoría se juzgan apropiados, aunque se reclama una orientación más práctica, más pegada a la práctica profesional y, de manera creciente pero todavía incipiente, autónoma respecto a las restantes profesiones sanitarias y que sea impartida por los propios técnicos. Asimismo, la mayor parte concordó en valorar escasamente módulos como el de Formación y Orientación Laboral o el de introducción al sector sanitario en Andalucía, es decir, los menos relacionados con su especialidad. Igualmente, los alumnos mostraron un feroz rechazo a aprender a realizar cualquier tarea que no corresponda estrictamente a sus funciones laborales, como puede ser el trato con pacientes o conocimientos básicos de primeros auxilios. Esto nos indica que en la FP no ha calado la formación por competencias. Sin duda, es positivo que los técnicos vayan construyendo poco a poco su identidad, reclamando su autonomía como cuerpo profesional. Pero no si se hace al coste de autolimitarse a los estrechos términos de su especialidad, en especial cuando ésta se reduce a la ejecución de un reducido número de tareas (algo que tiende a perjudicar a largo plazo al cuerpo profesional). En este sentido, el discurso de los alumnos es contradictorio: por una parte valoran positivamente que su trabajo sea variado y excitante, por otro tienden a construir su identidad profesional en torno a las escasas funciones que piensan son de su exclusiva competencia, a las que se aferran desesperadamente. Probablemente es una muestra más de la debilidad de los técnicos como colectivo, de su posición a la defensiva aún en un momento de emergencia. Una situación que los jóvenes alumnos comprenden, asumen y asimilan ya mientras estudian el ciclo.

Desde la representación corporativa de los técnicos se cuestionan sin embargo algunas de las

interpretaciones de los alumnos, pintando un retrato todavía más pesimista. En su opinión, el nivel del profesorado, procedente en su mayoría del cuerpo de profesores de secundaria, no es el más adecuado para la cualificación que requiere el puesto de técnico sanitario. Al no ser profesionales en ejercicio, no están al día de las demandas del sistema y de la población, y tampoco actualizan sus conocimientos. Por otra parte, los contenidos que se imparten en los ciclos no estarían suficientemente regulados, ni homologados, lo que fomentaría que cada profesor preparase el temario casi exclusivamente según su propio criterio. Como resultado, los títulos se devaluarían al no estar los alumnos suficientemente formados. Sus opciones de encontrar empleo se reducen y su competencia profesional es inferior a la que necesita actualmente el SSPA, lo cual les obligaría a complementar su formación a través de cursos posteriores al ciclo. Por todo ello, reclaman una profunda reforma del modelo formativo vigente, en el que la docencia sea responsabilidad de especialistas y no de profesores de secundaria.

Resultados mucho más positivos ha dado la Formación en Centros de Trabajo (FCT). Se trata de un módulo de prácticas obligatorias de varios meses de duración, en la que los alumnos de FP aplican en un centro de trabajo los conocimientos aprendidos en el ciclo. Se trata de un modelo formativo valorado muy positivamente por parte de los alumnos, tanto que la práctica totalidad de ellos reclaman el aumento de su duración. La FCT supone la oportunidad para que los alumnos entren en contacto con el mundo laboral -para muchos de ellos por vez primera-, y más concretamente con su futuro puesto de trabajo. Durante la FCT los alumnos aprenden, además, a trabajar en equipo, a gestionar conflictos, a tratar con los pacientes; conocen el funcionamiento interno de los centros del SSPA y contactan con profesionales de otras disciplinas. En muchos sentidos, la FCT es un espejo en el que puede mirarse cualquier modelo de formación práctica.

Ahora bien, tampoco la FCT está libre de problemas. La mayor parte son familiares, pues también aparecieron en las fases dedicadas a la formación de los residentes y los licenciados y diplomados. Por una parte, algunos alumnos realizan la FCT prácticamente en soledad, sin que los trabajadores de plantilla (sean sus tutores o no) supervisen u orienten su labor. Otros sin embargo ven como los trabajadores se niegan a dejarles participar de las tareas que en un futuro serán las suyas, en algunos casos por ver en ellos a un rival potencial. Ambos extremos son negativos y devalúan el proceso de aprendizaje de los alumnos. Es necesario alcanzar un equilibrio entre participación y tutelaje, en el que gradualmente se vaya permitiendo a los alumnos asumir más responsabilidades, según sientan más seguridad en sí mismos y los formadores observen sus progresos. Esto exige una fuerte implicación de los trabajadores (insistimos, tutores o no) en la docencia. Lo cual no siempre se produce, como hemos dicho. Cabe aclarar no obstante que muchos alumnos se mostraron satisfechos con sus formadores. Su ejemplo puede ser una buena piedra de toque para generalizar la FCT como una experiencia positiva en lugar de la arbitrariedad actual, en la que dar con un equipo de formadores implicado con los alumnos depende de la pura suerte.

Porque el correcto desarrollo de la formación práctica está, en buena medida, en función de el establecimiento de buenas relaciones entre los alumnos y los trabajadores de plantilla. El estudio reveló que también en este punto existe una gran variedad de situaciones. Parece que en la mayor parte de los centros del SSPA las relaciones son, como mínimo, correctas. Pero aquí y allá surgen conflictos que minan la formación. A pesar de la escasa evidencia de la que disponemos, hay dos situaciones que suelen explicar el surgimiento de estos conflictos. Una la competencia entre técnicos, según la cual los técnicos en plantilla verían amenazados sus puestos de trabajo por los alumnos en prácticas, a menudo mejor formados que ellos mismos. Dos, la falta de respeto a los técnicos por parte de otras profesiones sanitarias, producto de la permanencia en el SSPA de una cultura organizativa fuertemente jerarquizada según la especialidad, como se demostrase en la fase dedicada a los residentes. Ambas son fuentes potenciales de conflicto, pese a que, afortunadamente, no siempre conduzcan al mismo. En cualquier caso, conviene prestar la debida atención a esta problemática.

Los técnicos sanitarios constituyen, como venimos insistiendo, el cuerpo profesional más débil, menos reconocido y con menor capacidad defensiva de todos los que componen el sector sanitario

andaluz. Su título es el menos valorado, sus condiciones laborales las peores, sus salarios los más bajos. A ello debemos añadirle la falta de organizaciones profesionales fuertes, como los colegios o las facultades con las que cuentan los universitarios. O los sindicatos, que a menudo tienen en los trabajadores fijos su principal base social. En lo que respecta a los técnicos sanitarios dentro del SSPA, esto implica que los sindicatos tradicionales tienden a defender a los trabajadores más veteranos, aquellos que se formaron por promoción interna antes de la reforma de la FP. Así pues, los alumnos que terminan de estudiar el ciclo ven como su título les ofrece escasas opciones si quiera de acceder al SSPA. Y cuando consiguen un puesto, se enfrentan a condiciones precarias, a una crónica falta de reconocimiento, a escasas posibilidades de promoción y a la competencia con los demás profesionales sanitarios.

En estas circunstancias, resulta comprensible que muchos técnicos opten por cursar otros estudios, en busca de mejores oportunidades de empleo. Otros deciden emigrar a otras comunidades autónomas. Un porcentaje más reducido intenta encontrar trabajo en el sector privado. Los restantes alumnos se ven abocados a una feroz competencia interna (entre sí, con los técnicos ya contratados y con otros profesionales sanitarios) por los exiguos puestos de trabajo disponibles en el SSPA. Todo unido perpetúa la posición de debilidad del colectivo de los técnicos sanitarios, y con ella se alimentan las causas que tienden a producirla. Un círculo vicioso difícil de romper. El objetivo último de la FP, insertar a quienes la cursan en el mercado de trabajo, está lejos de cumplirse en la rama sanitaria.

Circunstancias como estas invitan a una participación activa de la Consejería de Salud en la formación de los técnicos sanitarios. Una implicación que no debe limitarse a la correcta realización de la FCT, sino que debe llegar a las aulas, a la planificación de contenidos, a la elección de los profesores. Sin embargo, la situación presente es precisamente la contraria. La formación de los técnicos sanitarios recibe una atención muy pobre por parte de los responsables del SSPA, según los resultados de nuestro estudio. Como se expusiera en el capítulo 2, la mayoría de las Delegaciones Provinciales, que actualmente son las encargadas de firmar los convenios de colaboración con los institutos para la realización de la FCT en los centros locales del SSPA, no muestran el interés que merece la FP. En el mejor de los casos, la mayoría se limitan a firmar dichos convenios, pero no realizan un seguimiento de los mismos, ni se preocupan por informar a los alumnos acerca de un posible futuro laboral en el SSPA, ni efectúan reflexión alguna sobre las debilidades del modelo y las opciones para mejorarlo. La notabilísima excepción está representada por la Delegación Provincial de Sevilla, cuyo compromiso con la FP debe ser un ejemplo para el conjunto de la Comunidad Autónoma.

Teniendo en cuenta los resultados del presente estudio, nos permitimos sugerir algunas medidas que podrían contribuir a mejorar la formación de los técnicos sanitarios en Andalucía:

La Consejería de Salud debe implicarse más intensamente en la formación de los técnicos sanitarios. Ha de habilitar mecanismos para que los alumnos reciban información sobre el SSPA (sus posibilidades de acceso, la filosofía del sistema, etc.) en cada instituto donde se cursen los ciclos. Asimismo, debe recabar información y proponer mejoras del sistema de formación adecuadas a las necesidades del SSPA, especialmente respecto a la FCT, pero no exclusivamente referidas a ella. El excelente trabajo realizado en la Delegación Provincial de Sevilla al respecto puede ser la piedra de toque para el resto de Andalucía.

Sería deseable que la Consejería de Salud y la Consejería de Educación llegasen a un acuerdo sobre la cualificación de los profesores y los contenidos de los módulos, asegurando que se imparte a los alumnos de FP una formación actualizada y de la máxima calidad. Asimismo, convendría plantearse la necesidad de que en los ciclos se imparta una formación propia de los técnicos, estrechamente vinculada a las competencias de su profesión e impartida por especialistas, es decir, técnicos. Todo ello sin reducir la formación a los límites de la especialidad, sino avanzando en el desarrollo de las competencias profesionales: que sea específica pero no estrecha, comprensiva y reflexiva respecto a las funciones propias y su relación con el conjunto del sector sanitario. En

este sentido, cabría también revisar la duración de los ciclos y plantear su posible ampliación a un tercer curso.

En lo que a la FCT se refiere, es preciso terminar con la arbitrariedad que reina actualmente, recordando a los trabajadores de plantilla sus obligaciones docentes para con los alumnos en prácticas. Somos conscientes de la dificultad de ejercer un control de este tipo en una organización tan amplia y compleja como el SSPA, pero pueden ensayarse prácticas ya propuestas en las fases anteriores del estudio, como la inclusión de la actividad formativa en los baremos de calidad por los que se evalúa a las unidades clínicas de gestión. Sin olvidar por supuesto que los formadores, especialmente los tutores laborales de la FCT, deben recibir el apoyo necesario, ser liberados de parte de su carga laboral para poder dedicarse a las labores docentes y formados adecuadamente para optimizar su capacidad pedagógica.

Creemos que la representación corporativa de los técnicos tiene razón en hacer de la elaboración de un mapa de competencias, en el que se delimiten claramente las funciones de cada profesión sanitaria en el SSPA, su reivindicación central. Su desarrollo lógicamente tendría que negociarse con representantes de todas las profesiones sanitarias. Es muy posible que un mapa de este tipo desactivase en gran medida la competencia entre las profesiones sanitarias, competencia que hoy por hoy perjudica al colectivo más débil, es decir, a los técnicos sanitarios. Permitiría igualmente replantear el conjunto de su formación, lo que enlaza con las propuestas del punto 2.

Del mismo modo, debe facilitarse el acceso al SSPA a los técnicos sanitarios. Las bolsas de empleo deben funcionar con fluidez; la cualificación necesaria para acceder a cada puesto ha de ser convenientemente regulada, siguiendo el mapa de competencias que se propone en el punto anterior. Si se amplía la cobertura del sistema, debe considerarse si existen titulaciones susceptibles de ocuparse de su tratamiento y reconocerlas apropiadamente, caso por ejemplo de los higienistas bucodentales respecto a la salud dental. La FCT puede ser valorada como experiencia laboral, para favorecer la incorporación de los técnicos en los concursos-oposición.

Por último, reconocer a los técnicos sanitarios como colectivo en un sentido amplio del término: considerando a sus representantes interlocutores válidos en los procesos de negociación colectiva, estableciendo una carrera profesional atractiva y con posibilidades de promoción, revisando sus condiciones laborales y salariales, ofertando cursos de formación permanente como los que disfrutaban el resto de profesiones sanitarias y, simplemente, teniéndoles en cuenta en todos los actos y documentos, cosa que por extraña que parezca no sucede hoy día.

Puede parecer un programa excesivamente ambicioso, pero merece la pena intentarlo. Como hemos sugerido en varios puntos del texto, los técnicos sanitarios son un colectivo de un potencial extraordinario para el futuro del SSPA. Su fuerte vocación sanitaria, su alta motivación de partida y lo cercano de su cultura sanitaria a la nueva filosofía del SSPA así lo indican. Hoy día ese potencial está siendo desperdiciado: por la cantidad de técnicos que renuncian a serlo vista la escasez de oportunidades laborales que se les ofrecen; porque el esfuerzo de todos los andaluces, que invierten parte de sus fondos públicos en formarlos, es aprovechado por las Comunidades Autónomas a las que los técnicos sanitarios emigran ante la falta de empleo en su tierra natal; porque ese ánimo con el que comienzan a estudiar los ciclos va siendo socavado hasta desaparecer por completo merced a la falta de reconocimiento crónico y la permanente competencia con otros profesionales sanitarios; porque su cultura sanitaria va deslizándose hacia una desesperada defensa de sus competencias profesionales, por reducidas que sean. Por todo ello hay que apostar por un futuro mejor para los técnicos sanitarios en Andalucía.

CONCLUSIONES GENERALES_

CONCLUSIONES GENERALES

Si se lee con detenimiento se comprobará que, en última instancia, el estudio se ha organizado en torno a tres ejes de reflexión: la cultura sanitaria, la formación en el ciclo o carrera y la formación práctica. Los mismos ámbitos temáticos nos servirán para extraer las conclusiones finales de la investigación y proponer tres grandes políticas encaminadas a mejorar la formación de los profesionales sanitarios en Andalucía.

El sector sanitario andaluz se encuentra en un momento de transición entre dos modelos de concebir la salud y lo sanitario. Empleamos la expresión “en transición” con todas sus consecuencias: significa que existen tendencias que impulsan el cambio y fuerzas que se resisten a dicho cambio. Entre los procesos que favorecen la evolución del sistema está la apuesta del SSPA por asumir las concepciones complejas de la salud, la motivación de unos profesionales apasionados por su trabajo y la emergencia de nuevas titulaciones de cultura sanitaria abierta e innovadora, atenta a dimensiones hasta ahora poco relacionadas con la salud. Por otra parte, las estructuras informales del SSPA (producto de décadas de hegemonía de la cultura sanitaria tradicional), la resistencia de los profesionales sanitarios a ceder su centralidad en el SSPA a favor de los ciudadanos, y la competencia entre profesiones sanitarias presionan en sentido contrario. Podemos denominar centrípetas a estas últimas fuerzas, pues tienden a hacer que las profesiones sanitarias se cierren en sí mismas, y, en contraste, centrífugas a sus opuestas, aquellas que las empujan a abrirse hacia el exterior. Teniendo en cuenta que el SSPA ha asumido como propia la nueva filosofía sanitaria, su objetivo no puede ser otro que apoyar los procesos que pugnan por superar la cultura sanitaria tradicional y combatir las causas que tienden a que ésta se reproduzca. A tal fin, planteamos la adopción de dos medidas.

En primer lugar, es preciso terminar con la competitividad entre profesiones sanitarias. Por varias razones: porque fomenta el repliegue estratégico de las profesiones sanitarias para defenderse de las demás, y en consecuencia favorece el especialismo estrecho; porque genera mal clima laboral entre los trabajadores del SSPA; y por encima de todo porque, como en todo conflicto, hay ganadores y perdedores, generalmente los más débiles. Es por ello que urge la elaboración de un mapa completo de competencias, tan consensuado como sea posible. De esta forma, los colectivos profesionales cesarán de pelear para salvaguardar su posición en el SSPA y reclamar cada vez más funciones como propias. Complementariamente, el mapa debería contemplar el desarrollo de una carrera laboral para cada profesión, así como planes de formación específicos y canales de participación que den voz a todos los colectivos.

Un mapa de competencias de estas características tendría también el efecto de debilitar la cultura organizativa tradicional en el SSPA, que sobrevive hoy día en buena medida de modo informal. Por esta razón, sería oportuno avanzar en el desplazamiento del colectivo médico del centro del SSPA. A juzgar por los resultados de nuestro estudio, los médicos son el bastión de la cultura sanitaria tradicional en el SSPA y el colectivo que más se resiste al cambio en el sistema (lo que, por otro lado, es lógico siendo el que más tiene que perder si tal cambio se consuma). Si en un primer momento se ha tomado la decisión de empoderar a los usuarios, en la actualidad se hace necesario dar otro paso y empoderar a las restantes profesiones sanitarias. En el SSPA la cultura profesional sigue estando muy hegemonizada por los médicos, como muestra por ejemplo el que muchas de las políticas formativas hacia los residentes se diseñen pensando sólo en los MIR. Sin embargo, son las nuevas profesiones sanitarias las que mejor se ajustan, por las características de su cultura sanitaria, a la nueva filosofía del SSPA. Por todo ello, sería deseable que, junto al ya mencionado mapa de competencias que concediera un espacio propio dentro del SSPA a cada profesión sanitaria, se intensificase la creación de equipos multidisciplinares, fomentando la fertilización cruzada entre los profesionales, potenciando mecanismos como las rotaciones, creando un ambiente que permitiese a alumnos y residentes empaparse de diferentes perspectivas y culturas profesionales. El objetivo último es doble: reconstruir una cultura cooperativa entre todos los colectivos del SSPA por una parte, arrinconar la cultura sanitaria tradicional por otra.

En cuanto al sistema educativo, al igual que el SSPA experimenta un importante momento de cambio que afecta a todos los niveles docentes. Buscando responder a los retos de la sociedad contemporánea, las nuevas normativas están reorientando los planes de formación hacia modelos más prácticos y aplicados. Tampoco aquí el cambio será fácil. Tanto alumnos como profesores arrastran dinámicas muy consolidadas que no será sencillo vencer. Los viejos modelos educativos, basados en la acumulación de conocimientos antes que en el desarrollo de competencias, se resistirán a morir por muchos elementos que tengan en contra. Lo que implica que durante un periodo más o menos largo de tiempo, la formación práctica continuará estando subordinada a la teórica; que muchas facultades seguirán mostrando poco interés por la organización de las prácticas de sus alumnos; que en algunas titulaciones lo sanitario permanecerá como un itinerario menor, cuando no desconocido. De ahí que concluyamos que la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía debe implicarse más en la formación reglada, en las propias aulas, donde puede actuar como un agente de cambio muy dinámico: coordinándose con las universidades y la Consejería de Educación para reforzar los itinerarios clínicos o simplemente sanitarios, proponiendo a profesores asociados, promoviendo asignaturas optativas o de libre configuración, coorganizando cursos de especialización o simplemente informando a los alumnos de las posibilidades de empleo en el SSPA.

Uno de los grandes problemas de la formación de los estudiantes de carreras sanitarias es la falta de implicación de algunas facultades o escuelas universitarias en la organización de las prácticas. Las prácticas nunca han ocupado un lugar destacado en nuestro modelo universitario, lo que hace que facultades de larga tradición no muestren demasiado interés por este aspecto del aprendizaje. Sin embargo, la formación práctica es, de largo, la parte de la formación que más valoran los profesionales sanitarios, con independencia de su titulación. También aquí el SSPA puede jugar un papel muy importante, cubriendo un hueco por el que algunas facultades no se preocupan lo suficiente. Por desgracia, los resultados del estudio indican que el SSPA está muy lejos de satisfacer un objetivo de este calibre.

Los discursos de los alumnos y residentes indicaron inequívocamente que la clave del éxito en la formación práctica consiste en alcanzar un equilibrio óptimo entre participación y tutela, es decir, entre la posibilidad de desempeñar tareas por uno mismo y ser supervisado por los tutores. El periodo de prácticas ideal comienza con un grado intenso de supervisión y va aumentando progresivamente la asunción de responsabilidades del alumno o residente, hasta permitir su desempeño libre al final. De hecho, los modelos de prácticas que más satisfacción generan en los alumnos son los que responden a este perfil: el modelo de prácticas internas (propio de facultades que se dotan de una consulta abierta para que los alumnos realicen prácticas con pacientes reales), por ejemplo. Los PIR, los más satisfechos con su formación de todos los residentes, comentaron que sus tutores suelen seguir un procedimiento muy similar.

Ahora bien, alcanzar el equilibrio entre participación y tutelaje exige que los tutores alcancen un alto grado de compromiso y conocimiento de sus pupilos. Tristemente el estudio indica que las dos actitudes más extendidas entre los formadores del SSPA son precisamente las opuestas. O bien se encomienda a los alumnos y residentes que realicen tareas propias de profesionales sin apoyo o supervisión alguna, o bien se reduce su participación a observar el trabajo de otros. Dos actitudes que suponen una dejación de las labores docentes, que conducen a un aprendizaje no comprensivo, una descarga de la responsabilidad de la formación en el propio alumno o residente y que finalmente terminan por desilusionar y hacer perder la motivación y la creatividad de los profesionales en formación.

El abandono por parte de los tutores produce una terrible ansiedad en los alumnos y residentes. La propia de jóvenes sin experiencia que se enfrentan en completa soledad a situaciones que les superan, en ocasiones las más duras y delicadas del SSPA. El miedo a cometer un error es tan grande, el sufrimiento que se acumula tan amargo, que la experiencia marca toda la carrera profesional posterior. El estudiante o residente, en especial si pertenece a este último colectivo, acaba por adoptar una actitud cínica y pragmática, que contrasta con su ilusión primera. Parece obvio que, a pesar de que se cumplan los objetivos y el profesional sanitario termine el periodo bien preparado, no es el mejor modelo formativo. Desde luego se cobra un precio muy alto: la energía y las ganas de

trabajar y aprender de los futuros profesionales sanitarios. Por si esto no fuera poco, la dejación de las funciones docentes hace recaer sobre el SSPA la sospecha de que las prácticas no son realmente una metodología de aprendizaje, sino una forma encubierta de contratar personal cualificado a un coste muy bajo. Es comprensible que se produzcan este tipo de pensamientos: ¿qué se puede esperar cuando la componente formativa de las prácticas se subordina tan frecuentemente a la laboral?

¿Por qué hay en el SSPA tantos formadores que no se implican con los alumnos y los residentes? En el estudio se apuntaron varias causas: incumplimiento de la nivelación de tiempos (por la cual se libera a los tutores de parte de su tiempo de trabajo para que lo dediquen a labores docentes), falta de preparación, desmotivación, obligatoriedad del ejercicio de la función formativa, consideración de los alumnos en prácticas como amenazas al propio puesto de trabajo, etc. Es posible que varias de ellas, sino todas, se encuentren relacionadas entre sí y se refuercen recíprocamente. Lo único que es posible asegurar es que este es el mayor problema al que se enfrentan los alumnos y residentes en su formación práctica en centros del SSPA.

Cabe recordar no obstante que no todos los alumnos y residentes padecieron este problema. Los relatos que reportaban desinterés de los tutores y malestar en las prácticas fueron muy numerosos, pero no dejaron de producirse otros que hablaban de adjuntos comprometidos, de servicios volcados con el alumno o el residente, de hospitales que apoyaban la investigación. Así pues, disfrutar de una experiencia positiva durante la formación práctica depende de la suerte: si el profesional en formación da con un buen tutor o con un servicio implicado en la docencia aprovechará al máximo sus prácticas. Si por el contrario es asignado a un tutor despreocupado o a un centro donde la formación es secundaria, su aprendizaje dependerá exclusivamente de sí mismo, del provecho que decida sacar de una experiencia que a buen seguro resultará frustrante.

Resulta evidente que la formación de los profesionales sanitarios no puede dejarse a la pura suerte. Es urgente resolver el problema de la implicación de los tutores y los trabajadores del SSPA en la formación de los alumnos y residentes. Pero, ¿cómo actuar ante un problema que está tan extendido por todo el SSPA? Respecto a los tutores la respuesta es sencilla: aumentar el rigor en su selección, ejercer un mayor control de su actividad docente, formarles adecuadamente para que a su vez sepan formar, cumplir escrupulosamente con la nivelación de tiempos. Cómo implicar al grueso de la plantilla en las labores formativas está mucho menos claro. Por eso proponemos que la formación se incluya en los criterios de evaluación de las unidades clínicas de gestión. La formación se encuentra entre los servicios que las unidades clínicas deben prestar, no hay ningún motivo para que no se equipare a la satisfacción de los pacientes o a la gestión eficiente del presupuesto asignado. El SSPA debe tomarse en serio el problema de la formación: velar por el cumplimiento de los planes, asignar partidas presupuestarias apropiadas, comprobar si los centros se encuentran en óptimas condiciones para el aprendizaje, respetar las horas de estudio de los residentes y alumnos, apoyar de verdad la iniciativa investigadora, establecer protocolos de formación y actuación atendiendo a la particularidad de cada centro y cada especialidad. Las unidades que más puntúen en este sentido podrían ser premiadas, para que la formación deje de ser vista como una carga y comience a ser considerada un estímulo.

Así pues, tres estrategias enfocadas a las tres dimensiones en torno a las que se ha articulado el estudio. Para impulsar definitivamente el cambio en la cultura sanitaria, realización del mapa de competencias. En perspectiva de estrechar los lazos entre formación teórica y aplicación práctica, implicación de la Consejería de Salud en las aulas. Con el objeto de combatir el problema del abandono de los alumnos y residentes durante la formación práctica, incorporación de la formación a los criterios de evaluación de las unidades clínicas de gestión. Como estrategias que son, pueden ser desarrolladas a través de multitud de medidas concretas. En estas páginas han sido propuestas un buen número de ellas, y en las conclusiones de cada fase del estudio se plantearon más incluso. Esperamos en este sentido que nuestro trabajo haya supuesto una aportación interesante y productiva. Que a su modo haya contribuido a acercar un poco más a la realidad el ideal que formulase uno de los residentes que participaron en el estudio: conseguir que el SSPA no forme a profesionales sanitarios, sino a profesionales sanitarios que se sienten bien siendo profesionales sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso, Luis Enrique (1995), “Sujeto y Discurso: El Lugar de la Entrevista Abierta en las Prácticas de la Sociología Cualitativa”, en Juan Manuel Delgado y Juan Gutiérrez (comps.), *Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales*, Madrid, Síntesis: 225-240

Alonso, Luis Enrique (1998), *La Mirada Cualitativa en Sociología*, Madrid, Fundamentos

Apple, Michael W. (1986), *Ideología y Currículo*, Madrid, Akal, (ed. orig.1979)

Beltrán, Jesús (1987), *Aprender a Aprender: Estrategias Cognitivas*, Madrid, Cincel

Biedma Velázquez, Lourdes, Luís Navarro Ardoy y Rafael Serrano del Rosal (2004), “Condiciones Sociodemográficas del Estado de Salud Percibido”, ponencia presentada al VIII Congreso Español de Sociología, Alicante, 23 al 25 de septiembre

Callejo, Javier (2001), *El Grupo de Discusión: Introducción a una Práctica de Investigación*, Barcelona, Ariel

Canales, Manuel y Peinado, Anselmo (1995), “Grupos de Discusión”, en Juan Manuel Delgado y Juan Gutiérrez, (coords.), *Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales*, Madrid, Síntesis: 287-316

Castro Vásquez, María del Carmen (2006), *De Pacientes a Exigentes. Un Estudio Sociológico sobre la Calidad de la Atención, Derechos y Ciudadanía en Salud*, Sonora, Colegio de Sonora

Coll, César (1989), *Aprendizaje Escolar y Construcción del Conocimiento*, Barcelona, Paidós

Consejería de Salud (2006), *Modelo de Gestión por Competencias del Sistema Sanitario Público de Andalucía*, Sevilla

Donati, Pierpaolo (1994), *Manual de Sociología de la Salud*, Madrid, Ediciones Díaz de Santos, (ed. orig.1987)

Dubos, René (1975), *El Espejismo de la Salud: Utopías, Progreso y Cambio Biológico*, México DF, FCE, (ed. orig.1959)

Freidson, Eliot (1978), *La Profesión Médica: Un Estudio de Sociología del Conocimiento Aplicado*, Barcelona, Península, (ed. orig.1970)

Ibáñez, Jesús (1979), *Más Allá de la Sociología. El Grupo de Discusión: Técnica y Crítica*, Madrid, Siglo XXI

Ibáñez, Jesús (1986a), “Cómo se Realiza una Investigación Mediante Grupos de Discusión”, en Manuel García Ferrando, Jesús Ibáñez y Francisco Alvira (comps.), *El Análisis de la Realidad Social. Métodos y Técnicas de Investigación*, Madrid, Alianza: 563-581

Ibáñez, Jesús (1986b), “Perspectivas en la Investigación Social: El Diseño en Tres Perspectivas”, en Manuel García Ferrando, Jesús Ibáñez y Francisco Alvira (comps.), *El Análisis de la Realidad Social. Métodos y Técnicas de Investigación*, Madrid, Alianza: 49-83

Illich, Ivan (1978), *Némesis Médica*, México DF, Editorial Joaquín Mortiz, (ed. orig.1976)

Ministerio de Educación y Ciencia (2003), *La Integración del Sistema Universitario Español en el Espacio Europeo de Educación Superior*, Madrid

Organización Mundial de la Salud (2006), “Constitución de la Organización Mundial de la Salud”, Documentos Básicos de la OMS (45º Edición), disponible en http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Ortí, Alfonso (1990), “La Apertura y el Enfoque Cualitativo o Estructural: La Entrevista Abierta y la Discusión en Grupo”, en Manuel García Ferrando, Jesús Ibáñez y Francisco Alvira (comps.), *El Análisis de la Realidad Social. Métodos y Técnicas de Investigación*, Madrid, Alianza: 171-226

Rodríguez, Josep A. y Jesús M. De Miguel (1990), *Salud y Poder*, Madrid, CIS

Serrano Del Rosal, Rafaél y Lourdes Biedma Velázquez (2005), “El Usuario del Sistema Sanitario: Gestor de Calidad”, ponencia presentada al IX Congreso de Metodología de las Ciencias Sociales y de la Salud, Granada, 14 al 16 de septiembre

Servicio Andaluz de Salud (2006), *Anuario 2006*, Sevilla

Szasz, Thomas (1979), *The Theology of Medicine*, Oxford, Oxford University Press

Thuillier, Pierre (1990), *El Saber Ventríloco. Como Habla la Cultura a Través de la Ciencia*, México DF, FCE, (ed. orig. 1983)

Valles, Miguel S. (2002), *Entrevistas Cualitativas*, Madrid, CIS, Colección “Cuadernos Metodológicos”, no. 32

Waitzkin, Howard (1983), *The Second Sickness: Contradictions of Capitalist Health*, Nueva York, Free Press

Waitzkin, Howard (1989), “A Critical Theory of Medical Discourse: Ideology, Social Control, and the Processing of Social Context in Medical Encounters”, *Journal of Health and Social Behavior*, 30:220-239

