

# DE LA OBSOLESCENCIA DE LAS NORMAS REGULADORAS DE LAS FUNCIONES DEL PERSONAL SANITARIO NO FACULTATIVO

*Montserrat Corral Gallego y Antonio Ortiz Hernández*

*Técnicos de Función Administrativa*

*Unidad de Régimen Jurídico*

*Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla*

**SUMARIO: 1. Génesis y evolución histórica de la regulación del personal estatutario sanitario no facultativo; 2. Impacto de esta coyuntura en los distintos niveles asistenciales; 3. Abordaje por el profesional del derecho sanitario. Construcción hermenéutica aplicada a casuística real; 4. Recursos Consultados.**

## RESUMEN

La delimitación de funciones del personal sanitario no facultativo se presenta, en algunos casos, como una tarea ciertamente controvertida, por cuanto la única norma vigente que las enumera y delimita data del año 1973 (**Orden de 26 de abril del Ministerio de Trabajo, por el que se aprueba el Estatuto del Personal Sanitario No Facultativo**).

Siendo que, desde la fecha de su entrada en vigor, ese contenido funcional se ha visto sometido a la progresiva evolución de la praxis sanitaria, no es infrecuente que los órganos de dirección de enfermería y/o los cargos intermedios de los centros sanitarios se enfrenten a la eventual oposición a realizar determinadas tareas asistenciales por parte del colectivo de una determinada categoría, amparando aquélla bien en la ausencia de una atribución legal expresa, bien en interpretaciones sesgadas del cometido atribuido.

Ante tal coyuntura, se hace preciso por parte del jurista de la salud acudir a la práctica hermenéutica, correlacionando las disposiciones contenidas en el meritado cuerpo normativo, con aquellos conceptos básicos -desde una perspectiva más actualizada- a los que alude la norma al delimitar las diferentes

funciones, de forma que se pueda ofrecer una respuesta que, conforme a Derecho, dé cobertura a esa obsolescencia.

En la presente comunicación se repasará el histórico regulatorio de las funciones del personal estatutario sanitario no facultativo, se pondrá de manifiesto el nivel de impacto de esta coyuntura en los distintos niveles asistenciales, así como se relatará un ejemplo descriptivo de su abordaje desde el punto de vista técnico jurídico, y la necesidad de recurrir a la construcción hermenéutica.

## 1. GÉNESIS Y EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA REGULACIÓN DEL PERSONAL ESTATUTARIO SANITARIO NO FACULTATIVO.

La definición que de la palabra Estatuto hace la Real Academia Española como “*1. m. Establecimiento, regla que tiene fuerza de ley para el gobierno de un cuerpo. 2. m. Ordenamiento eficaz para obligar*”, permite vislumbrar cómo la impronta del preterito Estado Absoluto se ha mantenido en el tiempo a nivel semántico. Fue precisamente en este contexto

histórico, cuando germinó lo que ahora concebimos como personal estatutario: empleados públicos designados por el Rey, sin restricción alguna en esta potestad, al objeto de desempeñar ciertos oficios, con unas funciones bien definidas. Si bien la idoneidad se valoraba de forma discrecional por el regente, para determinar la capacidad se llegaron a introducir criterios que, en aquellos momentos, gozaban de vocación de objetividad. De esta forma, se definieron como incapaces a los herejes, a los conversos, a los judíos, a los condenados por resolución firme, a los deudores del Estado y a los menores de 20 años, o lo que es lo mismo, todo aquel que fuese sospechoso de deslealtad al Estado.

Siendo los nombramientos por tiempo determinado, no cabía la revocación o separación del cargo, salvo causa justificada. La extinción de la relación de empleo sólo tenía lugar por renuncia del titular o por la vacuidad del cargo, por llegar a quedar vacío de contenido funcional.

La necesidad de que las funciones encomendadas se desempeñaran con plena dedicación, impedía que se acumularan esos oficios, salvo declaración expresa de compatibilidad.

De estas primeras características enunciadas de los oficios públicos se puede inferir que, desde sus orígenes, el profesional estatutario ha estado marcado por su nivel de especialización y cualificación para desempeñar las funciones encomendadas.

Teniendo en cuenta que la norma siempre surge de la necesidad de regular una determinada coyuntura político-social, el panorama del momento retrataba una sociedad que, de manera incipiente y paulatina, se estaba burocratizando, y cuya estructura estaba transitando desde una tradición monárquica descentralizada y estamental, hacia el nuevo modelo borbónico que apostaba por la centralización absoluta. Ese Estado Central demandaba profesionales con capacidad suficiente y contrastada para atender funciones a un nivel que trascendía de la, hasta en ese momento, tradicional práctica rudimentaria, local y puntual, habida cuenta existía una determinante vocación de institucionalización.

Por tanto, la fórmula de reglamentación con este modelo de estadismo borbónico sufriría una tendencia inversa a la tradicional, esto es, se optaría por un modelo de regulación unitario y centralizado, también, de la función pública.

Por otro lado, ese modelo centralizado encontraba su mayor dificultad, precisamente, en esa demanda de especialización con la que se pretendía consolidar ese proceso de institucionalización y burocratización. Aquellos oficios debían empezar a ordenarse según el nivel de cualificación de quienes los ejercían, con la dificultad que ello entrañaba.

El oficio sanitario, en este contexto, se antojaba de compleja regulación por cuanto, durante esta transición, no existía un sistema de asistencia sanitaria que pudiera adaptarse a ese nuevo modelo que viraba hacia la institucionalización centralizada. Es en 1721, con la implementación de las **juntas de sanidad** –estructuradas verticalmente y dependientes de una Superior– cuando podemos hablar de una sanidad que empieza a ordenarse estatalmente. Dichas juntas de base estaban compuestas por miembros del gobierno de la ciudad, normalmente elegidos por sorteo. El resto del personal que las integraba se ordenaba por categorías, atendiendo a sus funciones y cualificación, si bien a lo largo del siglo XVIII sus intervenciones tendrían un carácter más burocrático y de vigilancia (origen de las inspecciones sanitarias), habida cuenta la necesidad de controlar las pandemias que proliferaban, y que también justificaban la vinculación de las administraciones sanitaria y marítima. Por su parte, el control de la enseñanza y del ejercicio profesional quedó encomendado al Tribunal del Protomedicato.

De esta forma es como llegamos hasta la etapa constitucional (desde 1812), durante la que se promulgarán los primeros Estatutos de empleados públicos, y se ordenará legislativamente el servicio general de sanidad.

El primer Estatuto de empleados públicos se promulgaría por Real Decreto de 18 de junio de 1852, más conocido como **Estatuto de Bravo Murillo**. La regulación del Servicio General de Sanidad llegaría a través de la **Ley de 28 de noviembre de 1855**, en el que seguiría muy presente la necesidad de control y vigilancia de la sanidad en el medio marítimo.

Más tarde entraría en vigor el Estatuto de Maura, que se aprobó formalmente como una **Ley de Bases el 22 de julio de 1918**, y sería desarrollada por diversos Reales Decretos que datan del 7 de septiembre de 1918.

Durante esta segunda mitad del XIX y primeras décadas del XX, los puestos de la sanidad estatal se conseguían previo concurso u oposición libre, para las que no había ofertas regladas de preparación

específica. Por tanto, si bien la apuesta por la centralización se iba consolidando, esa consolidación se producía en detrimento de una regulación especializada, ya que de haberse pretendido una ordenación centralizada y a la vez especializada del acceso al empleo público sanitario, se habrían tenido que acoger todas las peculiaridades que imprimían los aún muy marcados usos locales de las diferentes demarcaciones territoriales, con el consiguiente riesgo de haberse visto cuestionado ese modelo de Estado Central. Se ponía de manifiesto otra deficiencia en la evolución hacia el centralismo: un sistema formativo homogeneizado.

Para subsanarlo, en 1924 se decretó la creación de la Escuela Nacional de Sanidad (ENS). Sin embargo, su actividad no se regularizó hasta la aprobación de su Reglamento por el Real Decreto de 12 abril de 1930 y el nombramiento como Director de Gustavo Pittaluga.

El proyecto Pittaluga se caracterizó por defender para la ENS una idea básica de organismo autónomo, capaz de colaborar con universidades y servicios sanitarios y por su gran plasticidad funcional. Proponía el establecimiento de cursos para formación de los aspirantes a las plazas de funcionario sanitario, que conferirían el título de “oficial sanitario” necesario para presentarse a las oposiciones, así como otros para perfeccionamiento de funcionarios médicos, farmacéuticos y veterinarios, y también para el personal subalterno necesario en las instituciones sanitarias, además de formar enfermeras de salud pública. Con ese primer proyecto de un centro nacional de formación especializada sanitaria, en 1924, se pensó en dotar un cuerpo de enfermeras sanitarias; sin embargo, este otro proyecto no se llevaría a cabo hasta la República.

El contexto histórico vuelve a ser determinante en la regulación de la prestación sanitaria pública. En la actualidad, en el marco del Estado del Bienestar, sería impensable que los ciudadanos no fueran beneficiarios de asistencia sanitaria pública, por ser la Sanidad uno de los pilares fundamentales de las políticas sociales y una materia objeto de acalorados debates parlamentarios en los procesos de aprobación de los presupuestos públicos anuales, por la demanda creciente de inversión en recursos materiales y humanos; sin embargo, apenas hace un siglo, la prestación sanitaria era sinónimo de precariedad y, por ello, estaba muy vinculada a la beneficencia. Por otro lado, siendo la religión católica la oficial del Estado, el instituto religioso se hallaba presente en todas sus

estructuras. Por esta razón, en los textos legales de la época, reguladores de la prestación sanitaria -y que serían los primeros que recogerían, aunque tímidamente, una atribución expresa de funciones del personal de las instituciones sanitarias-, fueran prolijas las alusiones al clero.

Así, en el Real Decreto de 10 de junio de 1930, por el que se aprueban las Bases a las que se ajustarán los Reglamentos por los que habrían de regirse las Instituciones Sanitarias, poniéndose de manifiesto el marcado carácter piadoso de una sociedad necesitada, sobre todo en la enfermedad, de auxilio espiritual, se establecía:

*“Habrá las Religiosas que determine la superioridad atendiendo las necesidades de cada Establecimiento y dependiendo, en cuanto se refiere a los servicios del mismo, de la autoridad del Director.*

*Les estarán encomendadas las siguientes funciones:*

*A la Superiora incumbe la distribución de las Hermanas en aquellos servicios que sean precisos, pudiendo trasladarlas, siempre de acuerdo con la Dirección.*

*Las Religiosas desempeñarán funciones en relación, tanto con la asistencia de enfermos, como con la Administración, ajustándose para ello a las instrucciones emanadas de la Dirección. En sus funciones administrativas las recibirán del Administrador. En ambos casos será la Superiora la que transmita dichas instrucciones.*

*La Superiora o Hermana en quien aquélla delegue está obligada a recibir y hacer inventario, de acuerdo con el Administrador, de todos los artículos, a excepción de los que por su carácter técnico correspondan a otros funcionarios.*

*La Superiora facilitará al Administrador cuantos datos estime necesarios para la formación de las cuentas.*

*Para todo lo que al culto se refiera, así como para la asistencia espiritual de los enfermos, habrá Capellanes en aquellos establecimientos que lo requieran, y ellos se encomendarán las siguientes funciones:*

*Será, el Jefe de la Capilla, desempeñará cuantas funciones estén relacionadas con el culto y quedará obligado a residir en el Establecimiento.*

*Cumplirá con las cláusulas del contrato celebrado con las Religiosas, pudiendo celebrar, de acuerdo con la Superiora, ceremonias compatibles consignación correspondiente del presupuesto.*

*Administrarán y cumplirán todos los auxilios espirituales que requieran o demanden los enfermos o cuando medie invitación concreta del Director del Establecimiento”.*

Tras la Guerra Civil, sin pretender obviar la presencia de religiosas en la práctica de la enfermería, sí que surge la necesidad de instruir a profesionales de la enfermería secular, y de esta manera se inauguró en 1941 la Escuela Nacional de Instructoras Sanitarias, recuperando los planteamientos docentes republicanos.

Existía ya en ese momento la competencia de otros cuerpos atípicos, como la Enfermería de Auxilio Social y las Enfermeras Visitadoras Sociales de la Sección Femenina, y las de algunas ramas de la sanidad oficial, como las Enfermeras de Higiene Escolar.

Con la aparición del Seguro de Enfermedad, que generó una enorme demanda de personal de enfermería, y con la creación de la nueva titulación de Ayudante Técnico Sanitario (1953), se ralentizaría ese impulso especializador de la enfermería pública.

Este aumento de profesionales dedicados a la enfermería no suponía un problema en lo que a regulación de acceso al empleo público se refería, pues tanto el Estatuto de 1918 como la Ley de Funcionarios de 1964, darían cobertura a esta cuestión, previendo una ordenación general aplicable a todo aspirante a la función pública que no lo pretendiera a un Cuerpo específicamente reglamentado, como sucedía con el acceso al Cuerpo Médico de Sanidad Nacional, a través del Reglamento de 4 de diciembre de 1935.

La revisión del Código Penal de 1944 supuso introducir la imprudencia más allá del ámbito automovilístico. Se consideraba, con carácter general, imprudente el resultado de muerte o lesiones graves a consecuencia de *impericia o negligencia profesional*, arrojando resultados judiciales más que cuestionables en ciertas ocasiones. Por ello, ya desde la Sentencia del TS de 30 de septiembre de 1959 se aludía a “*la difícil tarea de diferenciar culpa del profesional y culpa profesional*”.

Por tanto, también por la necesidad de establecer unos estándares de responsabilidad legal, el colectivo dedicado a la enfermería venía necesitado de una normativa que distinguiera sus funciones de acuerdo con el nivel de competencia profesional adquirido, de manera que, desde el punto de vista técnico jurídico, se facilitara la valoración del grado de diligencia y responsabilidad imputable a cada categoría, o lo que es lo mismo –y en palabras del Tribunal Supremo– se delimitarán *aquellas reglas del arte o normas técnicas que son exclusivas de la profesión, y no las que son comunes a todas las personas*, de forma que sólo pudiera reprochársele un plus de antijuridicidad a aquel que, requiriendo unas técnicas propias de la profesión, careciera de las mismas (impericia), o poseyéndolas, las ignorase o ejecutase descuidadamente con manifiesta peligrosidad (negligencia).

En este contexto social y jurídico se aprobaron por sendas Órdenes Ministeriales de fechas 22 de abril de 1967 y 16 de junio de 1967 los Estatutos Jurídicos de las Enfermeras, de los Practicantes, Ayudantes Técnicos Sanitarios, y de las Matronas y Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos en posesión del Diploma de Asistencia Obstétrica de la Seguridad Social; y se regularon las normas de carácter estatutario de las Auxiliares de Clínica de la Seguridad Social, por circular de régimen interior del Instituto Nacional de Previsión. Este proceso regulatorio culminaría refundiéndose toda esa normativa mediante el **ORDEN de 26 de abril de 1973 por la que se aprueba el Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social.**

En un momento posterior, el **Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud**, aprobado por Ley 55/2003, de 16 de diciembre, anunciaba un proyecto de actualización y adaptación del régimen jurídico de este personal, tanto en lo que se refiere al modelo del Estado Autonómico como en lo relativo al concepto y alcance actual de la asistencia sanitaria, ya que tal y como aludía en su Exposición de Motivos, el personal Estatutario, *sin perjuicio de determinadas modificaciones normativas puntuales*, venía en gran parte regulado por *estatutos preconstitucionales*.

Ahora bien con el juego combinado de la Disposición derogatoria única y la Disposición transitoria sexta, denominada “Aplicación paulatina de esta ley” –“b) *Se mantendrán vigentes, en tanto se procede a su regulación en cada servicio de salud, las disposiciones relativas a categorías profesionales del*

personal estatutario y a las funciones de las mismas contenidas en las normas previstas en la disposición derogatoria única.1.e), f) y g)”, el resultado regulatorio no ha variado desde la entrada en vigor de la meritada Orden Ministerial, o como dice VILLAR ROJAS, “*se deroga el derecho anterior, pero se mantiene vivo, de forma indefinida aunque provisional, a través de disposiciones que operan como condiciones suspensivas de la eficacia de aquella derogación*”.

## 2. IMPACTO DE ESTA COYUNTURA EN LOS DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES

La propia dinámica de funcionamiento de los distintos centros sanitarios les confiere a éstos una idiosincrasia propia, de manera que las lagunas derivadas de la ausencia de atribución expresa de ciertas funciones al personal sanitario no facultativo, no tendrán el mismo alcance ni la misma repercusión en centros de atención primaria que en los centros donde se preste asistencia especializada, y, entre estos últimos, tampoco será la misma en consultas periféricas que en centros hospitalarios.

En los centros de atención primaria son pocas las incidencias que se producen en relación al tema que nos ocupa. La evolución de la praxis sanitaria no ha impactado tanto en la rutina de trabajo de este nivel asistencial, a salvo el que ha supuesto la progresiva implementación de los sistemas de tecnologías de la información y comunicación; y, además, si bien persiste en este último lustro una tendencia a reforzar el papel de este nivel asistencial, es un rasgo identitario de la atención primaria la existencia de una dinámica de trabajo bien consolidada, pudiendo hablarse, casi, de una herencia de usos profesionales que, en contadas ocasiones, podrían ser cuestionadas por los profesionales sanitarios no facultativos. Por otra parte, el tipo de turnos, el modelo de abordaje asistencial que compete a este nivel y el hecho de que un altísimo porcentaje de frecuentación de pacientes a estos centros esté organizado por citas previas, reduce el mayor factor coadyuvante al problema que se viene exponiendo, y no es otro que el denominado *burnout*, que puede definirse como el agotamiento, la fatiga o el desgaste producidos por el trabajo.

Un patrón similar se observa en las consultas de los centros de especialidades, pese a su adscripción a un área hospitalaria, por lo que el impacto de la ausencia de una regulación actualizada del contenido funcional de los profesionales de la enfermería, no llega tampoco a ser significativo.

Sin embargo, siendo en los hospitales donde el número de profesionales vinculados es más numeroso, donde el contenido del trabajo y la estructura orgánica es más compleja, donde el entorno laboral exige un mayor desgaste físico y emocional del profesional, y donde el rol organizacional del trabajador puede quedar sometido a una fiscalización más inmediata por parte de los cargos intermedios y órganos de dirección, el impacto de una falta de definición del contenido funcional del personal de enfermería, de una manera expresa y adaptada al estado de evolución de la praxis sanitaria, se visibiliza de forma notablemente superior a los modelos asistenciales antes referidos.

Como decíamos, el *burnout* –estadísticamente más acusado en el entorno profesional hospitalario– puede ser el detonante de que, en ciertos momentos, los profesionales puedan llegar a declinar de manera más contundente y colectiva el desempeño de funciones que entiendan no les son atribuibles. Esta voluntad colectiva puede estar bien alentada, bien respaldada por el movimiento de sindicación institucionalizado, muy presente en los centros hospitalarios.

Siendo los que suscriben Técnicos del Servicio de Régimen Jurídico de un hospital de tercer nivel, no somos ajenos a esta situación más recurrente de lo deseable. Y así, no de forma infrecuente, llegan a la Unidad instancias de auxilio en la labor de interpretación de las funciones enumeradas en la Orden de 1973, ya por conducto de los puestos intermedios, ya a través de la Dirección de Enfermería, ya por parte de los propios profesionales, bien en su propio nombre y derecho, bien a través de representantes sindicales.

## 3. ABORDAJE POR EL PROFESIONAL DEL DERECHO SANITARIO. CONSTRUCCIÓN HERMENÉUTICA APLICADA A CASUÍSTICA REAL

Como se adelantaba en el anterior expositivo, el Técnico de una unidad de Régimen Jurídico del personal al servicio de instituciones sanitarias afronta, en no pocas ocasiones, la tarea de asistir en la labor de interpretación de una norma que ya podríamos calificar como obsoleta; y es que esta norma, lejos de servir a uno de los fines pretendidos al tiempo de su promulgación, esto es, delimitar el contenido funcional y el nivel de responsabilidad del personal sanitario no facultativo, en la actualidad, se ha llegado a erigir en fuente de conflictos.

Al mayor o menor acierto en esa labor interpretativa, además de la pericia del técnico, coadyuvan otros factores: usos profesionales más o menos consolidados, existencia o no de normas de cuidados protocolizadas en el servicio asistencial en cuestión, el mayor o menor grado de novedad o complejidad de la técnica o el material sobre la que versa la consulta...

En relación con la casuística que suele presentarse, es deseo de los dicentes retratar un supuesto en el que resultó necesaria la práctica hermenéutica para evitar una situación tan indeseable como la desasistencia de determinadas tareas en el proceso quirúrgico, en el que el adecuado y riguroso cumplimiento de las normas de funcionamiento interno del área adquiere vital importancia.

El supuesto se planteó cuando las Técnicas de Cuidados Auxiliares de Enfermería del Bloque Quirúrgico declinaron la tarea consistente en limpiar los autoclaves mediante los que se higieniza y esteriliza el instrumental quirúrgico, atendiendo el protocolo de mantenimiento que marcaba el fabricante, aduciendo que este desempeño correspondía al personal de limpieza.

Para su abortaje, partimos de la base del tenor literal del artículo Artículo. 76 de la Orden de 1973:

*“Las funciones de las Auxiliares de Enfermería en los Departamentos de Quirófano y Esterilización serán:*

*1.- El cuidado, conservación y reposición de batas, sabanillas, toallas, etc.*

*2.- El arreglo de guantes y confección de apósitos de gasa y otro material.*

*3.- Ayudar al Personal Auxiliar Sanitario Titulado en la preparación del material para su esterilización.*

*4.- La recogida y limpieza del instrumental empleado en las intervenciones quirúrgicas, así como ayudar al Personal Auxiliar sanitario Titulado en la ordenación de las vitrinas y arsenal.*

*5.- En general, todas aquellas actividades que, sin tener carácter profesional sanitario, vienen a facilitar las funciones del Médico y de la Enfermera o Ayudante Técnico Sanitario, en cuanto no se opongan a lo establecido en el presente Estatuto.”*

De lo expuesto entendíamos, sin lugar a dudas, que corresponde a los Auxiliares de Enfermería la preparación del material quirúrgico para esterilizarlo, como actividad preoperatoria, y su limpieza una vez concluida la intervención.

En este punto ya pudimos reparar en que las funciones de los auxiliares abarcan todo el proceso quirúrgico, esto es, que no se circunscriben al hecho de la intervención quirúrgica en sentido estricto, sino que la norma las extiende a la fase preoperatoria y a la postoperatoria que, en lo concerniente al material, parecen solaparse, por cuanto no se puede abordar la preparación de una intervención quirúrgica si el material utilizado en una anterior no ha sido adecuadamente higienizado a su término.

Por otra parte, consultadas las funciones del personal de limpieza contenidas en la **ORDEN de 5 de julio de 1971, del Ministerio de Trabajo, por la que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social** (*Atenderán la limpieza de los locales en general, dependencias y enseres de la Institución*), quedaba patente que la norma se ha cuidado mucho de no aludir a la competencia de este personal para desempeñarlas respecto al material sanitario.

Siendo los autoclaves productos sanitarios -lo acredita el tratamiento que como tales le otorga la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios-, haciendo una interpretación sistemática, llegamos a una primera aproximación sobre quién debía ostentar la competencia sobre la limpieza de autoclaves: los Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería.

De otro lado, volviendo a la literalidad del artículo 76, no había que realizar demasiado esfuerzo hermenéutico para aseverar que la norma atribuye la responsabilidad acerca del adecuado mantenimiento del nivel de asepsia del material empleado en una intervención quirúrgica, directamente, a los Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería.

Con una secuencia lógica podían quedar perfectamente definidos los estándares de diligencia que deben adoptar los Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería para que su conducta en el cumplimiento de esta función de esterilización y, concretamente, de la función de comprobar la calidad de la esterilización, resulte legalmente irreprochable:

- El material quirúrgico debe estar correcta y adecuadamente esterilizado.

- El material, además de manualmente, se esteriliza a través de autoclaves.
- Los autoclaves deben funcionar adecuadamente para cumplir con los estándares óptimos de esterilización.
- Para que un autoclave funcione adecuadamente debe existir una labor de mantenimiento.
- La limpieza es una labor de mantenimiento.

Por ello, llegamos a la conclusión de que si el Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería desea cumplir sus funciones con el rigor que marca la norma, y evitar así eventuales reproches derivados de un defecto de diligencia, es preciso que asegure el adecuado funcionamiento de la maquinaria encargada de la higienización del material, lo que pasa por su correcto mantenimiento, procurando su buen estado de uso, que podría resumirse en detectar cualquier error mecánico, así como un adecuado nivel de limpieza. Siendo indelegable esa labor de limpieza en profesionales no sanitarios, por tratarse de un producto sanitario, la atribución de esta función al Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería resultaba contundente a nuestro juicio.

Para concluir, las funciones del personal de Enfermería precisan de una revisión normativa urgente, adaptada a la realidad y con unos parámetros de resistencia a la obsolescencia más elevados. Sin perjuicio del papel esencial que debieran desempeñar los Colegios Profesionales, en el ámbito de la gestión asistencial, entre tanto se produce esa revisión, se nos antoja esencial la implicación de los coordinadores de cuidados de las distintas áreas, actualizando los protocolos de actuación y las normas de funcionamiento interno.

Por último, no debiendo despreciarse el valor de las palabras, merece atención el cambio de nomenclatura que este colectivo de profesionales no universitarios reivindicó en su momento, asimilando el nombre de su categoría al título formativo de Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería, coincidiendo con el reclamo contrario de los Enfermeros, instando a las Administraciones a que su categoría profesional no viniese identificada por la denominación de la titulación ATS/DUE.

Esta otra nomenclatura reivindicada por los primeros parece querer lanzar el mensaje de que “auxiliares” son los cuidados que llevan a cabo y no los profesionales que los desempeñan. Esa consideración

de los integrantes de esta categoría profesional como técnicos que desarrollan su tarea de manera autónoma y con responsabilidades concretas, debiera tener un reflejo normativo que, a buen seguro, sería ventajoso tanto para el colectivo sanitario como para los profesionales del Derecho.

#### **4. RECURSOS CONSULTADOS**

- Ley General de Beneficiencia, de 20 de junio de 1849.
- Ley de Servicio General de Sanidad, de 28 de noviembre de 1855.
- Reglamento para el Servicio Benéfico Sanitario de los Pueblos, de 14 de junio de 1861.
- Reglamentos de Instituciones Sanitarias, de 10 de junio de 1930.
- Ley de Servicios Sanitarios, de 11 de julio de 1934.
- ORDEN de 26 de abril de 1973 por la que se aprueba el Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social.
- Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, aprobado por Ley 55/2003, de 16 de diciembre.
- Astrain Gallar M. Barberos, Cirujanos y Gente de Mar. La Sanidad Naval y la Profesión Quirúrgica en la España Ilustrada. Madrid. Ministerio de Defensa 1996.
- Bernabeu Mestre Pérez Historia de la Enfermería de Salud Pública en España 1860-1977.
- Bernabeu Mestre J. El papel de la Escuela Nacional de Sanidad en el Desarrollo de la Salud Pública en España, 1924-1934.
- Benavides FG et al. Las competencias profesionales en Salud Pública. Gacsanit, 2006.