



TEMARIO CELADOR

Instituciones Sanitarias de Cantabria

Ed. 2022



TEMARIO de CELADORES
Instituciones Sanitarias de Cantabria
Ed. 2022

© Beatriz Carballo Martín (coord.)
© Ed. TEMA DIGITAL, S.L.
ISBN: 978-84-942320-5-3
DOCUMENTACIÓN PARA OPOSICIONES (Servicios de Salud)
Depósito Legal según Real Decreto 635/2015

*Prohibido su uso fuera de las condiciones
de acceso on-line o venta*

TEMARIO

PARTE GENERAL

TEMA 1. La Constitución Española de 1978. Estructura. Título Preliminar, Título I “De los derechos y deberes fundamentales”, Título VIII “De la organización territorial del Estado”.

TEMA 2. Estatuto de Autonomía para Cantabria: Título I “De las instituciones de la Comunidad Autónoma de Cantabria” y Título II “De las competencias de Cantabria”.

TEMA 3. La Ley 14/1986, de 25 de abril General de Sanidad: Título preliminar “Del derecho a la protección de la salud”, Capítulos I y II del Título I “De los principios generales del Sistema de Salud” y “De las actuaciones sanitarias del Sistema de Salud”, Título III “De la estructura del Sistema Sanitario Público”

TEMA 4. Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria: Título I “Disposiciones generales”, Título II “Del sistema sanitario público de Cantabria” y Título III “De los ciudadanos en el sistema autonómico de salud”.

TEMA 5. La Ley 55/2003 de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud y la Ley de Cantabria 9/2010, de 23 de diciembre, de Personal Estatutario de Instituciones Sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria (I): Disposiciones o normas generales; Clasificación del personal estatutario; Planificación y ordenación del personal; Derechos y deberes; Adquisición y pérdida de la condición de personal estatutario fijo.

TEMA 6. La Ley 55/2003 de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud y la Ley de Cantabria 9/2010, de 23 de diciembre, de Personal Estatutario de Instituciones Sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria (II): Provisión y selección; Promoción interna; Movilidad del personal; Carrera profesional; Retribuciones; Jornada, permisos y licencias; Situaciones del personal; Régimen disciplinario; Incompatibilidades; Representación, participación y negociación.

TEMA 7. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres: Título Preliminar. Título I “El principio de igualdad y la tutela contra la discriminación”, Título II “Políticas públicas para la igualdad”, y Capítulo I “Criterios de actuación de las Administraciones públicas” del Título V “El principio de igualdad en el empleo público”.

TEMA 8. El Servicio Cántabro de Salud: Estructura y Competencias. Ley 10/2001, de 28 de diciembre, de Creación del Servicio Cántabro de Salud. Decreto 27/2011, de 31 de marzo, por el que se establece el mapa sanitario de Cantabria.

TEMAS ESPECÍFICOS

TEMA 9. Atención al usuario en las instituciones sanitarias. Derecho a la información y confidencialidad. Sugerencias, reclamaciones y quejas en la Administración sanitaria de Cantabria.

TEMA 10. Funciones del celador en centros sanitarios.

TEMA 11. El Jefe del personal Subalterno y sus funciones.

TEMA 12. Relación del celador con los familiares de los enfermos.

TEMA 13. Funciones de asistencia al personal sanitario facultativo y no facultativo.

TEMA 14. El celador en su relación con los enfermos: Traslado y movilidad de los mismos. Técnicas de movilización de pacientes.

TEMA 15. Actuación del celador en las habitaciones de los enfermos, en las salas comunes y en las unidades de cuidados intensivos. Aseo del paciente.

TEMA 16. Manejo y utilización de medios materiales: camas, camillas, grúas, sillas de ruedas etc.

TEMA 17. Normas de actuación en los quirófanos.

TEMA 18. Normas de higiene y esterilización.

TEMA 19. La higiene de manos en el medio sanitario. Aislamientos. Tipos de Aislamientos. Indicaciones Generales.

TEMA 20. Oxigenoterapia en medio hospitalario. Nociones básicas.

TEMA 21. Unidades de psiquiatría. La actuación del celador en relación al enfermo mental.

TEMA 22. Actuación del celador en relación con los pacientes fallecidos. Actuación en las salas de autopsias y en los mortuorios.

TEMA 23. La actuación del celador en las unidades de urgencias. El transporte de enfermos en ambulancias.

TEMA 24. El traslado de documentos y objetos. Manejo y traslado de la documentación sanitaria.

TEMA 25. Prevención de Riesgos Laborales. Derechos y obligaciones. Servicios de Prevención.

TEMA 26. Actuaciones en caso de incendio y evacuación: tipos y manejo de extintores. Plan de catástrofes y prevención de incendios. La prevención de accidentes más frecuentes en la actividad diaria.

ANEXO I: MATERIALES Y EQUIPAMIENTO

ANEXO II: GLOSARIO DE TÉRMINOS

-o-o-o0o-o-o-

TEMA 1.- LA CONSTITUCIÓN. ESTRUCTURA. TÍTULO PRELIMINAR. DERECHOS Y DEBERES FUNDAMENTALES. LA ORGANIZACIÓN TERRITORIAL DEL ESTADO.

INTRODUCCIÓN

Tras las Elecciones Generales del 15 de junio de 1977, el Congreso de los Diputados ejerció la iniciativa constitucional que le otorgaba el art. 3º de la Ley para la Reforma Política y, en la sesión de 26 de julio de 1977, el Pleno aprobó una moción redactada por todos los Grupos Parlamentarios y la Mesa por la que se creaba una Comisión Constitucional con el encargo de redactar un proyecto de Constitución.

Una vez cerrado el texto de la Constitución por las Cortes Generales el 31 de octubre de 1978, mediante Real Decreto 2550/1978 se convocó el Referéndum para la aprobación del Proyecto de Constitución, que tuvo lugar el 6 de diciembre siguiente. Se llevó a cabo de acuerdo con lo prevenido en el Real Decreto 2120/1978. El Proyecto fue aprobado por el 87,78% de votantes que representaban el 58,97% del censo electoral.

Su Majestad el Rey sancionó la Constitución durante la solemne sesión conjunta del Congreso de los Diputados y del Senado, celebrada en el Palacio de las Cortes el miércoles 27 de diciembre de 1978. El BOE publicó la Constitución el 29 de diciembre de 1978, que entró en vigor con la misma fecha. Ese mismo día se publicaron, también, las versiones en las restantes lenguas de España.

A lo largo de su vigencia ha tenido dos reformas:

- En 1992, que consistió en añadir el inciso "*y pasivo*" en el artículo 13.2, referido al derecho de sufragio en las elecciones municipales.
- En 2011, que consistió en sustituir íntegramente el artículo 135 para establecer constitucionalmente el principio de estabilidad presupuestaria, como consecuencia de la crisis económica y financiera.

1.- ANTECEDENTES, ESTRUCTURA Y CONTENIDO

1.1.- ANTECEDENTES

Las múltiples influencias de una Constitución derivada como la española de 1978 -además de aquellas recibidas del constitucionalismo histórico español- hay que buscarlas preferentemente dentro de las nuevas corrientes europeas que aparecen después de la Segunda Guerra Mundial, y en tal sentido ha recibido claras influencias de otros textos constitucionales europeos, así como de diferentes Tratados de Derecho Internacional:

- De la Constitución italiana de 1947 habría que destacar la configuración del poder judicial y sus órganos de gobierno, o los antecedentes del Estado Regional Italiano.

TEMA 2.- ESTATUTO DE AUTONOMÍA PARA CANTABRIA: LAS INSTITUCIONES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA. LAS COMPETENCIAS DE CANTABRIA.

1.- EL ESTATUTO DE AUTONOMÍA PARA CANTABRIA: INTRODUCCIÓN

Cantabria fue la primera comunidad autónoma en acceder a la autonomía sin haber disfrutado antes de régimen preautonómico.

En efecto, el Real Decreto Ley 20/1978, de 13 de julio, que creaba el Consejo General de Castilla y León, incluía a Santander como una de las provincias que podían integrarse en este Consejo General, si bien era necesario que así lo decidieran los parlamentarios de las provincias afectadas por mayoría de dos tercios. Sin embargo, la Junta de Parlamentarios, que agrupaba a los Diputados y Senadores elegidos en junio de 1977 por la provincia de Santander, decidió no integrarse en Castilla y León, al tiempo que solicitó la creación de un ente preautonómico propio, pretensión que no fue atendida.

Promulgada la Constitución en 1978, y resultando patente su voluntad autonomista, cabía que la provincia de Santander accediera a la autonomía de acuerdo con el procedimiento contemplado en el artículo 143 del texto constitucional, una vez configurada como "entidad regional histórica".

Al carecer de ente preautonómico que hubiera podido facilitar el proceso, la iniciativa del proceso autonómico correspondía, o bien a la Diputación Provincial, o bien a las dos terceras partes de los municipios cuya población representara, al menos, la mayoría del censo electoral de la provincia, de acuerdo con el régimen general regulado en el artículo 143.2.

Así, apenas transcurrido un mes desde las primeras elecciones municipales democráticas, el Ayuntamiento de Cabezón de la Sal, presidido por el Senador de UCD Ambrosio Calzada Hernández, aprobó por unanimidad, en sesión plenaria de 30 de abril de 1979, la primera moción pidiendo la autonomía para Cantabria. Esta iniciativa fue suscrita por 87 de los 102 municipios de la provincia, que representaban casi el 96% del censo. La Diputación Provincial ratificó los acuerdos municipales y solicitó la autonomía el 21 de junio de 1979.

Una vez ejercida la iniciativa, se constituyó el 10 de septiembre de 1979 una Asamblea Mixta de diputados provinciales y de parlamentarios (5 diputados y 4 senadores), de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 146 de la Constitución. En el seno de esta Asamblea Mixta fue nombrada una ponencia encargada de redactar el anteproyecto de Estatuto. El anteproyecto fue publicado el 11 de febrero de 1980 y, tras un periodo de información pública, fue aprobado por la Asamblea Mixta en junio de ese mismo año. Una vez aprobado por la Asamblea, el texto fue elevado a las Cortes Generales para ser tramitado como ley.

La Mesa del Congreso de los Diputados admitió a trámite el proyecto de Estatuto el 2 de julio de 1980, siendo aprobado por el Pleno en su sesión de 13 y 14 de octubre de 1981. El Senado inició sus debates sobre el texto estatutario el 29 de octubre de 1981, siendo aprobado, con modificaciones, en el Pleno del 2 de diciembre de 1981. De vuelta al Congreso, el Estatuto sería definitivamente aprobado el 15 de diciembre de 1981, para ser sancionado por Su Majestad el Rey el 30 de diciembre de 1981. La Ley Orgánica 8/1981, de 30 de

TEMA 3.- LA LEY GENERAL DE SANIDAD: EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD. EL SISTEMA DE SALUD: PRINCIPIOS GENERALES Y ACTUACIONES SANITARIAS. LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO.

INTRODUCCIÓN

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (en adelante LGS) establece y regula el Sistema Nacional de Salud. Al establecerlo se han tenido bien presentes todas las experiencias organizativas comparadas que han adoptado el mismo modelo, separándose de ellas para establecer las necesarias consecuencias derivadas de las peculiaridades de nuestra tradición administrativa y de nuestra organización política.

El eje del modelo que la Ley adopta son las Comunidades Autónomas, Administraciones suficientemente dotadas y con la perspectiva territorial necesaria, para que los beneficios de la autonomía no queden empujados por las necesidades de eficiencia en la gestión. El Sistema Nacional de Salud se concibe así como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados.

Los servicios sanitarios se concentran, pues, bajo, la responsabilidad de las Comunidades Autónomas y bajo los poderes de dirección, en lo básico, y la coordinación del Estado. La creación de los respectivos Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas es, sin embargo, paulatina. Se evitan en la Ley saltos en el vacío, se procura la adopción progresiva de las estructuras y se acomoda, en fin, el ritmo de aplicación de sus previsiones a la marcha de los procesos de transferencias de servicios a las Comunidades Autónomas.

La concentración de servicios y su integración en el nivel político y administrativo de las Comunidades Autónomas, que sustituyen a las Corporaciones Locales en algunas de sus responsabilidades tradicionales, precisamente en aquellas que la experiencia ha probado que el nivel municipal, en general, no es el más adecuado para su gestión, esto no significa, sin embargo, la correlativa aceptación de una fuerte centralización de servicios en ese nivel.

La Ley establece que serán las Áreas de Salud las piezas básicas de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas; Áreas organizadas conforme a la indicada concepción integral de la Sanidad, de manera que sea posible ofrecer desde ellas todas las prestaciones propias del sistema sanitario. Las Áreas se distribuyen, de forma desconcentrada, en demarcaciones territoriales delimitadas, teniendo en cuenta factores de diversa índole. pero sobre todo, respondiendo a la idea de proximidad de los servicios a los usuarios y de gestión descentralizada y participativa.

La LGS tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución.

Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.

TEMA 4.- LA LEY DE ORDENACIÓN SANITARIA DE CANTABRIA. DISPOSICIONES GENERALES. EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE CANTABRIA. LOS CIUDADANOS EN EL SISTEMA AUTONÓMICO DE SALUD.

INTRODUCCIÓN

La Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria, consta de 9 títulos, con la siguiente estructura:

Preámbulo

- TÍTULO I. Disposiciones generales
- TÍTULO II. Del sistema sanitario público de Cantabria

CAPÍTULO I. Definición, características y estructura

CAPÍTULO II. Organización territorial del sistema sanitario público de Cantabria

CAPÍTULO III. Organización funcional del sistema sanitario público de Cantabria

CAPÍTULO IV. Personal del sistema sanitario público de Cantabria

CAPÍTULO V. Financiación del sistema sanitario público de Cantabria

- TÍTULO III. De los ciudadanos en el sistema autonómico de salud

CAPÍTULO I. Derechos de los ciudadanos en relación con la salud y la asistencia sanitaria

CAPÍTULO II. Deberes de los ciudadanos en relación con la salud y la atención sanitaria

CAPÍTULO III. La participación

CAPÍTULO IV. Garantías de los derechos y deberes de los ciudadanos

- TÍTULO IV. De las Administraciones Públicas en el Sistema Sanitario Público de Cantabria
- TÍTULO V. Del plan de salud de Cantabria
- TÍTULO VI. De las actuaciones en materia de salud

CAPÍTULO I. Actuaciones relacionadas con la salud pública

CAPÍTULO II. Actuaciones relacionadas con la salud laboral

CAPÍTULO III. Actuaciones relacionadas con la asistencia sanitaria y los medicamentos

CAPÍTULO IV. Actuaciones relacionadas con la historia clínica

CAPÍTULO V. Intervención administrativa en materia sanitaria

CAPÍTULO VI. Infracciones y sanciones

- TÍTULO VII. De la colaboración con la red sanitaria de titularidad privada

TEMA 5.- ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y LA LEY DE PERSONAL ESTATUTARIO DE INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA (I): DISPOSICIONES O NORMAS GENERALES; CLASIFICACIÓN DEL PERSONAL ESTATUTARIO; PLANIFICACIÓN Y ORDENACIÓN DEL PERSONAL; DERECHOS Y DEBERES; ADQUISICIÓN Y PÉRDIDA DE LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO.

1.- EL ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

1.1.- INTRODUCCIÓN

La Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, ordena las bases del régimen estatutario de este personal de los servicios de salud, de acuerdo con las previsiones del artículo 149.1.18.a de la Constitución Española.

El Estatuto Marco deroga el régimen estatutario configurado por los tres estatutos de personal -todos ellos preconstitucionales- y por las disposiciones que los modificaron, complementaron o desarrollaron, sustituyéndolo por el marco básico que compone el propio estatuto y por las disposiciones que, en el ámbito de cada Administración pública, desarrollen tal marco básico y general.

El contenido de la ley se estructura en 14 capítulos desarrollados en 80 artículos, a través de los cuales se regulan los aspectos generales y básicos de las diferentes materias que componen el régimen jurídico del personal estatutario.

En el capítulo I se establece con nitidez el carácter funcional de la relación estatutaria, sin perjuicio de sus peculiaridades especiales, que se señalan en la propia ley y que deberán ser desarrolladas en cada una de las comunidades autónomas respecto de su propio personal. Los criterios para la clasificación del personal estatutario, basados en las funciones a desarrollar y en los niveles de titulación, figuran en su capítulo II, que también regula la figura del personal temporal, cuya importancia y necesidad en el sector sanitario deriva de la exigencia de mantener permanente y constantemente en funcionamiento los distintos centros e instituciones.

El capítulo III enumera los mecanismos de ordenación y planificación del personal de cada uno de los servicios de salud, entre los que cabe destacar la existencia de registros de personal que se integrarán en el Sistema de Información Sanitaria que establece la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Los requisitos y condiciones para la adquisición de la condición de personal estatutario, los supuestos de su pérdida, la provisión de plazas, la selección de personal y la promoción interna se regulan en los capítulos V y VI de la ley, en cuyo capítulo IV se enumeran los derechos y deberes de este personal, determinados desde la perspectiva de la esencial función de protección de la salud que desempeñan.

TEMA 6.- EL ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y LA LEY DE PERSONAL ESTATUTARIO DE INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA (II): PROVISIÓN Y SELECCIÓN; PROMOCIÓN INTERNA; MOVILIDAD DEL PERSONAL; CARRERA PROFESIONAL; RETRIBUCIONES; JORNADA, PERMISOS Y LICENCIAS; SITUACIONES DEL PERSONAL; RÉGIMEN DISCIPLINARIO; INCOMPATIBILIDADES; REPRESENTACIÓN, PARTICIPACIÓN Y NEGOCIACIÓN.

1.- ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

1.- PROVISIÓN DE PLAZAS, SELECCIÓN Y PROMOCIÓN INTERNA

CRITERIOS GENERALES DE PROVISIÓN.- La provisión de plazas del personal estatutario se regirá por los siguientes principios básicos:

- a) Igualdad, mérito, capacidad y publicidad en la selección, promoción y movilidad del personal de los servicios de salud.
- b) Planificación eficiente de las necesidades de recursos y programación periódica de las convocatorias.
- c) Integración en el régimen organizativo y funcional del servicio de salud y de sus instituciones y centros.
- d) Movilidad del personal en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.
- e) Coordinación, cooperación y mutua información entre las Administraciones sanitarias públicas.
- f) Participación, a través de la negociación en las correspondientes mesas, de las organizaciones sindicales especialmente en la determinación de las condiciones y procedimientos de selección, promoción interna y movilidad, del número de las plazas convocadas y de la periodicidad de las convocatorias.

La provisión de plazas del personal estatutario se realizará por los sistemas de selección de personal, de promoción interna y de movilidad, así como por reingreso al servicio activo en los supuestos y mediante el procedimiento que en cada servicio de salud se establezcan.

En cada servicio de salud se determinarán los puestos que puedan ser provistos mediante libre designación.

TEMA 7.- LA LEY ORGÁNICA DE IGUALDAD. TÍTULO PRELIMINAR. EL PRINCIPIO DE IGUALDAD Y LA TUTELA CONTRA LA DISCRIMINACIÓN. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA IGUALDAD. EL PRINCIPIO DE IGUALDAD EN EL EMPLEO PÚBLICO: CRITERIOS DE ACTUACIÓN DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS.

1.- LA LEY ORGÁNICA DE IGUALDAD

La Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, presenta la siguiente estructura:

Preámbulo

TÍTULO PRELIMINAR. Objeto y ámbito de la Ley

TÍTULO I. El principio de igualdad y la tutela contra la discriminación

TÍTULO II. Políticas públicas para la igualdad

CAPÍTULO I. Principios generales

CAPÍTULO II. Acción administrativa para la igualdad

TÍTULO III. Igualdad y medios de comunicación

TÍTULO IV. El derecho al trabajo en igualdad de oportunidades

CAPÍTULO I. Igualdad de trato y de oportunidades en el ámbito laboral

CAPÍTULO II. Igualdad y conciliación

CAPÍTULO III. Los planes de igualdad de las empresas y otras medidas de promoción de la igualdad

CAPÍTULO IV. Distintivo empresarial en materia de igualdad

TÍTULO V. El principio de igualdad en el empleo público

CAPÍTULO I. Criterios de actuación de las Administraciones públicas

CAPÍTULO II. El principio de presencia equilibrada en la AGE y en sus organismos públicos

CAPÍTULO III. Medidas de Igualdad en el empleo para la AGE

CAPÍTULO IV. Fuerzas Armadas

CAPÍTULO V. Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado

TÍTULO VI. Igualdad de trato en el acceso a bienes y servicios y su suministro

TÍTULO VII. La igualdad en la responsabilidad social de las empresas

TÍTULO VIII. Disposiciones organizativas

Disposiciones adicionales (31)

Disposiciones transitorias (12, 2 derogadas)

Disposición derogatoria (1)

Disposiciones finales (8)

TEMA 8.- EL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD: ESTRUCTURA Y COMPETENCIAS. LEY 10/2001, DE CREACIÓN DEL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD. DECRETO 27/2011, POR EL QUE SE ESTABLECE EL MAPA SANITARIO DE CANTABRIA.

1.- EL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD

Mediante Ley autonómica 10/2001, de 28 de diciembre, se creó el Servicio Cántabro de Salud. Dicha norma incluyó su Estatuto como anexo, compuesto por siete títulos que, además de las disposiciones generales, regulan las funciones y potestades, la organización y distribución de competencias, los recursos humanos, el patrimonio y los recursos económicos, la contratación, el régimen económico-financiero, el control, la responsabilidad patrimonial, las impugnaciones, la revisión de oficio y la representación y defensa en juicio.

De la regulación señalada merece destacarse la existencia de tres tipos de órganos del organismo: de dirección, de gestión y de participación. Los órganos de dirección están constituidos por el consejo de dirección, el director gerente y los subdirectores. En cuanto al director gerente, se le atribuyen las funciones precisas en aras a la imprescindible agilización del funcionamiento ordinario del servicio sanitario, atendiendo al principio de descentralización funcional que la creación de un organismo autónomo supone.

1.1.- DISPOSICIONES GENERALES

Creación y naturaleza.- Se crea, con la denominación de Servicio Cántabro de Salud, un organismo público con el carácter de organismo autónomo, con personalidad jurídica y plena capacidad de obrar, dotado de patrimonio propio así como de autonomía de gestión en los términos previstos en la Ley de Cantabria 5/2018, de Régimen Jurídico del Gobierno, de la Administración y del Sector Público Institucional de la Comunidad Autónoma de Cantabria, cuya función es ejercer las competencias de la Comunidad Autónoma de Cantabria en materia de gestión de la asistencia sanitaria

Fines.- El Servicio Cántabro de Salud tiene como fines generales la provisión de servicios de asistencia sanitaria y la gestión de centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

Para el cumplimiento de sus fines y funciones corresponderán al Servicio Cántabro de Salud las potestades administrativas previstas en su Estatuto.

Adscripción.- El Servicio Cántabro de Salud estará adscrito a la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria, a la cual corresponderá su dirección estratégica, la evaluación y el control de los resultados de su actividad, a través de la Dirección General competente en materia de asistencia sanitaria.

Régimen jurídico.- El Servicio Cántabro de Salud se regirá por lo dispuesto en la presente Ley, en su Estatuto y, en lo que no se oponga a los mismos, por la Ley de Cantabria 4/1999, reguladora de los Organismos Públicos.

TEMA 9.- ATENCIÓN AL USUARIO EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS. DERECHO A LA INFORMACIÓN Y CONFIDENCIALIDAD. SUGERENCIAS, RECLAMACIONES Y QUEJAS EN LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA DE CANTABRIA.

1.- EL USUARIO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: DERECHOS Y DEBERES

La Ley General de Sanidad regula los derechos y deberes de los usuarios del Sistema Nacional de Salud en los términos siguientes.

Derechos.- Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

1. Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por su origen racial o étnico, por razón de género y orientación sexual, de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social.
2. A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso. La información deberá efectuarse en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio de diseño para todos, de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad.
3. A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.
4. A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la Dirección del correspondiente Centro Sanitario.
5. (Derogado)
6. (Derogado)
7. A que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad.
8. (Derogado)
9. (Derogado)
10. A participar, a través de las instituciones comunitarias, en las actividades sanitarias, en los términos establecidos en esta Ley y en las disposiciones que la desarrollen.

TEMA 10.- FUNCIONES DEL CELADOR EN CENTROS SANITARIOS.

1.- LA CATEGORÍA PROFESIONAL DE CELADOR/A

Según el Diccionario de la Real Academia, un celador es la persona destinada por la autoridad para ejercer la vigilancia. También suele definirse como la persona que tiene por oficio vigilar el cumplimiento de las normas y el mantenimiento del orden o hacer otras tareas de apoyo en un establecimiento público.

La categoría de celador tiene larga tradición en el ámbito sanitario, conceptuándolo como un profesional muy polivalente con labores complementarias y de apoyo en todos los ámbitos de la atención sanitaria: admisión, urgencias, quirófanos, consultas médicas, habitaciones de enfermos, apoyo administrativo, suministros, información general, etc. El Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social Social (Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de julio de 1971) clasificó la categoría del celador dentro del Personal Subalterno, que se componía de una Escala General (Jefe de Personal Subalterno, y Celadores), y de otra Escala de Servicios (fogoneros, planchadores/as, limpiadores/as, pinches, etc).

Posteriormente el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud clasifica esta categoría dentro del personal estatutario de gestión y servicios, personal que desempeña funciones de gestión o desarrollo de profesiones u oficios que no tengan carácter sanitario. Y dentro de este personal, se incluye al celador en “*Otro personal*”: categorías en las que se exige certificación acreditativa de los años cursados y de las calificaciones obtenidas en la Educación Secundaria Obligatoria, o título o certificado equivalente.

Por su parte, el Real Decreto 184/2015, de 13 de marzo, por el que se regula el catálogo homogéneo de equivalencias de las categorías profesionales del personal estatutario de los servicios de salud y el procedimiento de su actualización, considera equivalentes las categorías profesionales de Celador/a y Celador/a Subalterno.

2.- FUNCIONES DEL CELADOR/A

El Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad estableció las funciones de las distintas categorías del personal no sanitario. Si bien el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud derogó la normativa anterior, su disposición transitoria sexta dispuso que “*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*”.

Por lo tanto, a falta de regulación propia por parte de cada Servicio de Salud autonómico, las funciones que recogió el Estatuto anterior respecto de la categoría de CELADOR/A son las siguientes:

1ª) *Tramitarán o conducirán sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que les sean confiados por sus superiores, así como habrán de trasladar, en su caso, de unos servicios a otros, los aparatos o mobiliario que se requiera.*

2ª) *Harán los servicios de guardia que correspondan dentro de los turnos que se establezcan.*

TEMA 11.- EL JEFE DEL PERSONAL SUBALTERNO Y SUS FUNCIONES.

El Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social Social (Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de julio de 1971) clasificó la categoría del celador dentro del Personal Subalterno, que se componía de una Escala General (Jefe de Personal Subalterno, y Celadores), y de otra Escala de Servicios (fogoneros, planchadores/as, limpiadores/as, pinches, etc).

Según dicho Estatuto al Jefe de Personal Subalterno le corresponde la ejecución de las siguientes misiones, sin perjuicio de las que independientemente puedan confiársele por el Director, Secretario General -en su caso- y Administrador de la Institución. Por lo tanto, a falta de regulación propia por parte de cada Servicio de Salud autonómico, las funciones que recogió el Estatuto anterior respecto de la categoría de Jefe de Personal Subalterno son las siguientes:

1ª) Ejercerá, por delegación del Administrador, la jefatura del personal de Celadores y ordenará y dirigirá el cumplimiento de su cometido.

2ª) Instruirá convenientemente al personal a sus órdenes para que la realización de su trabajo sea eficaz y de calidad.

3ª) Constatará que el personal de oficio y subalterno cumple el horario establecido en la Institución y permanece constantemente en su puesto de trabajo.

4ª) Vigilará personalmente la limpieza de la Institución.

5ª) Ejercerá el debido y discreto control de paquetes y bultos de que sean portadoras las personas ajenas a la Institución que tengan acceso a la misma.

6ª) Mantendrá el régimen establecido por la Dirección para el acceso de enfermos, visitantes y personal a las distintas dependencias de la Institución.

7ª) Cuidará del orden del edificio, dando cuenta al Administrador de los desperfectos o alteraciones que encuentre.

8ª) Cuidará de la compostura y aseo del personal a sus órdenes, revisando y exigiendo que vistan el uniforme reglamentario.

9ª) Informará a los familiares de los fallecidos en la Institución sobre los trámites precisos para llevar a cabo los enterramientos y, en caso necesario, les pondrá en contacto con la oficina administrativa correspondiente para completar dicha información.

10ª) Realizará aquellas funciones de entidades análogas a las expuestas que les sean ordenadas por el Director o Administrador de la Institución.

TEMA 12.- RELACIÓN DEL CELADOR CON LOS FAMILIARES DE LOS ENFERMOS.

1.- ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN Y TRATO «PACIENTE-CELADOR-FAMILIA»

Para una atención correcta a los usuarios en el ámbito sanitario son recomendables las siguientes pautas de comportamiento profesional.

■ RESPETAR LAS DIFERENCIAS Y OFRECER ATENCIÓN EN CONDICIONES DE EQUIDAD E IGUALDAD

La generalización de la atención sanitaria a toda la población es una conquista reciente en nuestro país y no hay que olvidar que, incluso en países con un nivel de riqueza mayor que el nuestro, el acceso a los servicios sanitarios sigue estando únicamente al alcance de quienes pueden pagarlos. El Servicio de Salud, como principal Organismo responsable de la provisión de los servicios sanitarios públicos en la Comunidad Autónoma, tiene un papel fundamental para hacer efectiva la igualdad de los ciudadanos en su derecho a la protección de la salud.

Actuar con equidad, en la práctica diaria y desde el punto de vista profesional, es asegurar que los usuarios van a recibir la atención que necesitan en función únicamente de sus necesidades, sin ningún tipo de discriminación.

- La etnia, el sexo, la religión, la clase social del usuario, la orientación sexual, el estado civil o el propio aspecto físico no pueden causar diferencias en la atención ni deben utilizarse en ningún caso como excusa para expresar un prejuicio. No es admisible el uso de términos despectivos o marginadores.
- En caso de que sea necesaria una priorización de la atención, ésta se basará en criterios profesionales, clínicos y en las normas establecidas.
- La equidad implica utilizar más medios con aquellos pacientes que, por su proceso, precisan una asistencia técnicamente más compleja o con más recursos. Significa también ofrecer más información, más ayuda o más tiempo de atención a aquellas personas que por sus características personales o sociales necesitan un apoyo más intenso o continuado.
- En el trato con los usuarios no se realizarán juicios morales sobre su comportamiento. Ante una persona con una enfermedad transmitida sexualmente, por ejemplo, es esencial la labor informativo-preventiva. Esto no equivale a amonestar ni es una excusa para expresar opiniones personales ajenas a la ética profesional.

■ COMPRENDER Y RESPETAR LA INTIMIDAD DE LAS PERSONAS QUE USAN LOS SERVICIOS

En general, la relación clínica debe ocurrir en privado. Sin embargo esta norma no puede interpretarse rígidamente: en algunos casos impediría realizar una buena atención (por ejemplo, en las unidades de cuidados intensivos es necesario que los profesionales puedan hacer seguimiento visual de todos los

TEMA 13.- FUNCIONES DE ASISTENCIA AL PERSONAL SANITARIO FACULTATIVO Y NO FACULTATIVO.

1.- INTRODUCCIÓN

El personal sanitario de las Instituciones Sanitarias, ya sea personal facultativo (médicos, farmacéuticos, analistas, biólogos, etc.), como no facultativo (enfermeros/as, matrón/as, fisioterapeutas, etc.) realiza las funciones propias de su categoría: asistenciales, terapéuticas, de investigación, de cuidados de enfermería, etc.

El Estatuto de Personal No Sanitario asigna a los Celadores determinadas funciones de asistencia al personal sanitario cuando éste actúa en el ejercicio de las tareas sanitarias que les corresponden.

El carácter de las funciones de asistencia al personal sanitario se basa en realizar las funciones de «auxiliar» o de «apoyo» a dicho personal, si bien algunas de estas tareas serán ejercidas autónomamente o a indicación del personal sanitario.

En todo caso se trata de funciones no sanitarias que el Celador debe realizar bajo la dependencia del personal sanitario.

Asimismo, también se contempla la colaboración en distintas tareas con otros profesionales no sanitarios de las instituciones correspondientes (auxiliares, limpiadores, personal de administración, etc.).

2.- FUNCIONES GENÉRICAS

El Estatuto recoge las siguientes funciones relacionadas con las tareas mencionadas:

- Ayudarán, asimismo, a los Enfermeros y Auxiliares de planta al movimiento y traslado de los enfermos encamados que requieran un trato especial en razón de sus dolencias para hacerles las camas.
- No obstante, y salvo expresa indicación del personal sanitario competente, el Celador se abstendrá de intervenir en esta función de ayuda al movimiento de pacientes cuya grave patología haga necesaria la colaboración única de personal sanitario especializado (por ejemplo: pacientes traumatológicos muy graves, polifracturados y con todo el cuerpo escayolado).
- Excepcionalmente, lavarán y asearán a los enfermos encamados o que no puedan realizarlo por sí mismos, atendiendo a las indicaciones de los supervisores de planta o servicio o personas que las sustituyan legalmente en sus ausencias.
- En los quirófanos auxiliarán en todas aquellas labores propias del Celador destinado en estos servicios, así como en las que les sean ordenadas por los Médicos, Supervisores o ATS/DUE.

TEMA 14.- EL CELADOR EN SU RELACIÓN CON LOS ENFERMOS: TRASLADO Y MOVILIDAD DE LOS MISMOS. TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN DE PACIENTES.

1.- EL CELADOR EN SU RELACIÓN CON LOS ENFERMOS

1.1.- NORMAS GENERALES DE ACTUACIÓN

En una institución sanitaria el enfermo es la persona de la que se nos encomienda cuidar su salud física, así como algo muy importante, su intimidad y su dignidad, tanto física como emocional. Tiene derecho a recibir información sobre su estado. Esta le será siempre proporcionada por el médico o enfermero de su unidad. Le debemos respeto, por lo que le trataremos con cuidado, amabilidad y discreción.

Ejemplos:

- Si vamos a movilizarlo en la cama, cerraremos la puerta de la habitación, le explicaremos qué es lo que le vamos a hacer y procederemos.
- Todo traslado fuera o llegada a la unidad de un paciente ha de ser siempre notificado al personal de enfermería.
- Si le vamos a transportar en silla y tiene sólo puesto un camisón, le procuraremos la bata, pondremos en la silla una funda de almohada, por higiene, y le taparemos con una entremetida o una sabanilla, desde la cintura por delante.
- Al transportarlo a una prueba le diremos a dónde le llevamos, si tiene dudas se las haremos saber a su enfermero/a.
- No le proporcionaremos ninguna información sobre su estado, dejando esta información para el personal correspondiente.
- En el transporte del paciente no dejaremos visibles al resto de usuarios datos personales de su historia clínica; esto se consigue dando la vuelta a las historias encima de la cama, o llevándolas debajo del brazo, del revés.
- No discutiremos ni trataremos delante de él asuntos personales ni laborales, y mucho menos discutiremos entre nosotros en su presencia.

1.2.- COMUNICACIÓN

Una buena comunicación ayuda en la misión diaria de solucionar los problemas que a lo largo del relevo de trabajo nos van surgiendo.

TEMA 15.- ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LAS HABITACIONES DE LOS ENFERMOS, EN LAS SALAS COMUNES Y EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. ASEO DEL PACIENTE.

1.- ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LAS HABITACIONES DE LOS ENFERMOS Y ESTANCIAS COMUNES

1.1.- FUNCIONES

Las funciones del celador en las habitaciones de los enfermos y estancias comunes son:

- Cuidarán, al igual que el resto del personal, de que los enfermos no hagan uso indebido de los enseres y ropas de la Institución, evitando su deterioro o instruyéndoles en el uso y manejo de persianas, cortinas y útiles de servicio en general.
- Velarán continuamente por conseguir el mayor orden y silencio posible en todas las dependencias de la Institución.
- Darán cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que encontraran en la limpieza y conservación del edificio y material.
- Vigilarán el acceso y estancia de familiares y visitantes en las habitaciones de los enfermos, no permitiendo la entrada más que a las personas autorizadas, cuidando que no se introduzcan en la Institución más que aquellos paquetes expresamente autorizados por la Dirección.
- Asimismo, tendrán a su cargo que los visitantes que no tengan acceso especial despejen las habitaciones y las plantas a la hora establecida.
- Vigilarán el comportamiento de los enfermos y los visitantes, evitando que esos últimos fumen en las habitaciones, traigan alimentos o se sienten en las camas y, en general, toda aquella acción que perjudique al propio enfermo o al orden de la Institución. Cuidarán que los visitantes no deambulen por los pasillos y dependencias más que lo necesario para llegar al lugar donde concretamente se dirijan.
- Tendrán a su cargo el traslado de enfermos para la realización de pruebas complementarias o consultas, no abandonándoles hasta que la persona responsable de las citadas pruebas o consultas se haga cargo de ellos.
- Ayudarán a las enfermeras y auxiliares de planta al movimiento, aseo y traslado de los enfermos encamados que requieran un trato especial, en razón a sus dolencias, para hacerles la cama.
- Se abstendrán de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los mismos, y mucho menos informar sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el Médico encargado de la asistencia al enfermo.

TEMA 16.- MANEJO Y UTILIZACIÓN DE MEDIOS MATERIALES: CAMAS, CAMILLAS, GRÚAS, SILLAS DE RUEDA, ETC.

1.- LA CAMA HOSPITALARIA

El mobiliario que debe formar parte de una habitación hospitalaria varía si se trata de unidades especiales (UCI, coronarias, diálisis, etc.) o de unidades de hospitalización general (medicina interna, cirugía general).

La cama sirve para acoger al paciente, por lo que debe estar en perfectas condiciones de conservación y mantenimiento, para que este se sienta más cómodo. Debe estar provista con toda la ropa que sea necesaria. Se coloca en la habitación de manera que tenga tres de sus lados libres, para facilitar el trabajo del personal sanitario (cambios posturales, aseo del paciente, aplicación de cuidados, etc.).

Se dispone de forma que el cabecero esté en contacto con la pared, pero sin que se ubique debajo de la ventana, ni próxima a la puerta (para no impedir el acceso a la habitación o al aseo). Es importante que sean articuladas, con un plano regulable en altura y fácilmente manejables y desplazables, por lo que van provistas de ruedas.

En una institución sanitaria existen dos grupos de camas:

-Las camillas, que se utilizan para el transporte o para la exploración del paciente, las encontraremos en centros de salud, consultorios, hospitales, ambulancias.

-Las camas hospitalarias están dedicadas al descanso del paciente, donde permanecerá largos periodos de tiempo mientras se encuentre hospitalizado. Existen gran variedad de camas, que tendrán distinta finalidad y adaptadas a las distintas patologías del paciente.

1.1.- CAMILLAS

- Camilla rígida, posee una estructura de tubo metálico hueco, sobre la que se asienta un colchón con base rígida, recubierto de material lavable. Las hay con ruedas, para facilitar su desplazamiento y sin ellas. Pueden disponer de sistema de frenado.
- Camilla articulada, suelen tener una sola articulación situada a la altura de la cabeza. Se puede elevar hasta 90º respecto al plano de la cama. Al igual que las rígidas pueden llevar ruedas. Las camillas de las ambulancias poseen el respaldo reclinable y la parte correspondiente a las extremidades inferiores articulada, y equipadas con correas de sujeción.
- Camilla de tijera, también llamada de cuchara, de palas, de espátula, se utiliza para la movilización de pacientes con traumatismos hasta la camilla de transporte, minimizando los movimientos de columna y manteniendo alineado el eje longitudinal del cuerpo. Generalmente suelen ser de aluminio, aunque también las hay de plástico, permitiendo el radio-transporte, es decir, se puede someter al paciente a los

TEMA 17.- NORMAS DE ACTUACIÓN EN LOS QUIRÓFANOS.

1.- PAUTAS GENERALES DE COMPORTAMIENTO EN LOS QUIRÓFANOS

Los temores o miedos ante las intervenciones y el propio entorno quirúrgico transforman los quirófanos en uno de los lugares que más estrés e incertidumbre generan, tanto en el paciente como en sus familiares. La aplicación de unas sencillas normas contribuye a convertir el acto quirúrgico en algo menos traumático:

- Recibir al paciente en el interior del quirófano, llamarle por su nombre, presentarnos ante él e iniciar una conversación que contribuya a la expresión de sus emociones, acompañándola de frases tranquilizadoras.
- Procurar que el paciente esté cómodo. Las mesas quirúrgicas son duras y estrechas, se lo explicaremos y facilitaremos su comodidad en la medida de lo posible.
- Procuraremos que no tenga frío proporcionándole los medios para ello.
- Respetaremos su intimidad, procurando no descubrirle el cuerpo por completo hasta que esté dormido o sea estrictamente necesario.
- Mientras esté despierto, le informaremos de lo que estamos haciendo para contribuir a calmar su ansiedad. De este modo, en las intervenciones en las que el paciente esté despierto, se le debe ir informando de la evolución.
- Seremos cuidadosos con los comentarios que hagamos, sobre todo mientras el paciente pueda escucharnos.
- En el caso de intervenciones quirúrgicas largas, se saldrá periódicamente a informar a los familiares.
- Finalizado el acto quirúrgico, el cirujano informará al paciente si está consciente, e inmediatamente informará a los familiares
- Se proporcionará la información en el lugar adecuado, respetando la confidencialidad, utilizando un lenguaje adecuado y con vestuario quirúrgico limpio.

2.- EL CELADOR EN LOS QUIRÓFANOS

En los quirófanos el Celador cumple una función complementaria y auxiliar del trabajo del personal sanitario (cirujanos, anestesistas, enfermeros, etc.), y en algunos casos son las mismas que las que tienen en una planta hospitalaria:

- El Celador dará soporte al equipo quirúrgico y será el nexo de unión con el exterior del área.

TEMA 18.- NORMAS DE HIGIENE Y ESTERILIZACIÓN.

1.- LA HIGIENE HOSPITALARIA

1.1.- INTRODUCCIÓN

La higiene, limpieza y desinfección constituyen, sin duda, algunas de las medidas más evidentes en la prevención de infecciones dentro del entorno sanitario. Aunque son actividades con no muy alto reconocimiento en los centros asistenciales, su valor y contribución a la calidad asistencial es más que evidente, y cada vez se apuesta más por su integración real en la práctica clínica.

Tanto la limpieza como la desinfección son considerados procedimientos no clínicos básicos y fundamentales para la actividad normal de cualquier centro hospitalario, suponiendo un gran despliegue de recursos humanos y económicos. Asimismo, implican la participación de profesionales de diferentes ámbitos y especialidades, actuando desde la validación de los métodos hasta la financiación o ejecución de los servicios.

Mientras que la limpieza y desinfección están constituidas por procedimientos bien establecidos y de aplicación homogénea por los profesionales, la higiene personal, en cambio, se caracteriza por su subjetividad e individualidad, formando parte de la cultura personal de cada uno de los profesionales, pacientes o familiares. Por ello, los especialistas en medicina preventiva y control de infecciones han realizado enormes esfuerzos para que todos los profesionales de los centros sanitarios cuenten con la formación adecuada en materia de higiene.

Por tanto, y entendiendo que el ámbito de la higiene hospitalaria engloba la higiene personal, limpieza y desinfección, se puede afirmar que es un aspecto complejo, con multitud de actores y variantes, y con un grado de concienciación relativamente bajo por encontrarse dentro de un entorno asistencial, donde prima la atención sanitaria del paciente. Sin embargo, esto no le impide a la higiene hospitalaria contribuir a la calidad del proceso asistencial y a la seguridad de pacientes y profesionales.

Por otro lado, cabe destacar que este ámbito sufre un marcado estancamiento tecnológico, empleándose los mismos métodos desde hace décadas a pesar de que haya habido cambios en los componentes y materiales empleados.

Los nuevos retos a afrontar por un sistema sanitario, cada vez más sensibilizado, harán que previsiblemente se potencie la innovación y adopción de nuevas metodologías con el único fin de mejorar la calidad asistencial y seguridad del paciente.

Toda institución orientada al público -como es un Hospital- debe presentar una imagen adecuada. Su descuido es un factor negativo en la percepción de la calidad por parte de los usuarios. Una bata sucia, una barba descuidada, el vello pectoral asomando por la camisa desabrochada, un mal olor corporal, pueden arruinar el imprescindible clima de confianza con los pacientes. Tampoco se trata de disfrazarse, sino de vestir y asearse correctamente y en consonancia con nuestra forma de ser.

TEMA 19.- LA HIGIENE DE MANOS EN EL MEDIO SANITARIO. AISLAMIENTOS. TIPOS DE AISLAMIENTOS. INDICACIONES GENERALES.

1.- LA HIGIENE DE MANOS

• INTRODUCCIÓN

Las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (IAAS) son aquellas adquiridas a consecuencia de una intervención sanitaria en cualquier ámbito (hospitalario, ambulatorio, centros de cuidados de larga duración, etc.), que no estaban presentes ni incubándose en el momento de dicha intervención. En nuestro país, el 25% de los eventos adversos en hospitales son debidos a este tipo de infecciones, que sin embargo, son prevenibles en más del 50%, llegando incluso a un 75% en Atención Primaria.

Aunque el origen de estas infecciones se debe a múltiples factores, se ha demostrado de la transmisión cruzada, a través de las manos de los profesionales, es uno de los elementos fundamentales. La higiene de las manos es la principal medida para reducir las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, y evitar la propagación de gérmenes multirresistentes. Puede reducir las infecciones hasta en un 50%, y sin embargo, el cumplimiento de estas medidas entre los profesionales apenas supera el 40%.

El lavado de manos con agua y jabón es el método más conocido y sencillo para evitar la transmisión de microorganismos de una persona a otra.

El lavado de manos consiste en la frotación vigorosa de las mismas, previamente enjabonadas seguida de un aclarado con agua abundante, con el fin de eliminar la suciedad, materia orgánica, microbiota habitual y transitoria y así evitar la transmisión de microorganismos de persona a persona .



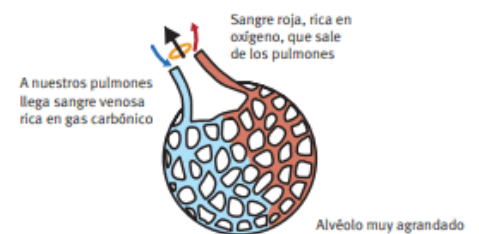
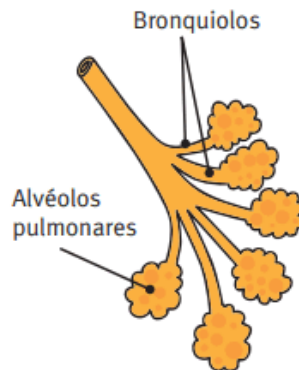
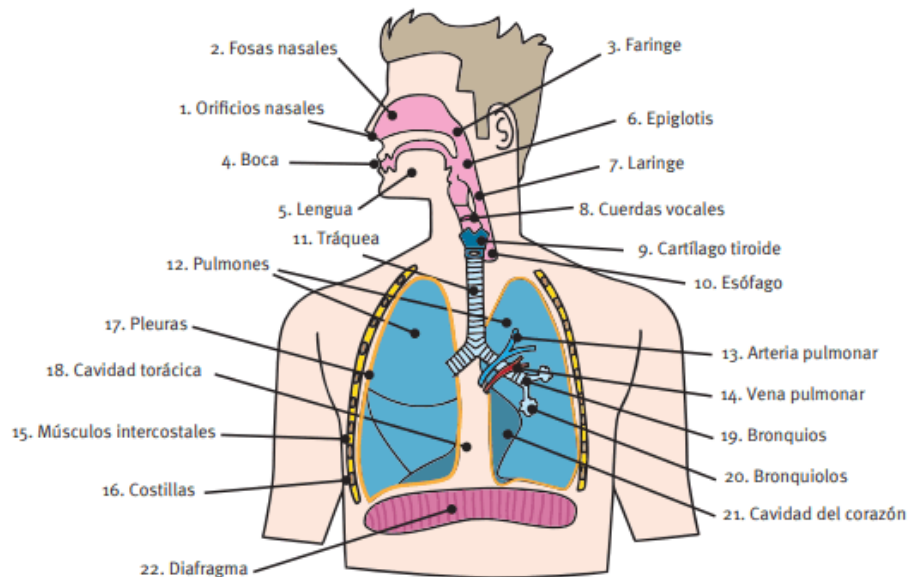
TEMA 20.- OXIGENOTERAPIA EN MEDIO HOSPITALARIO. NOCIONES BÁSICAS.

1.- OXIGENOTERAPIA: DEFINICIÓN Y CONCEPTOS GENERALES

El oxígeno es un gas incoloro, inodoro, insípido y poco soluble en agua. No es un gas inflamable, pero sí es comburente (puede acelerar rápidamente la combustión). Constituye aproximadamente el 21% del aire y se obtiene por destilación fraccionada del mismo.

La oxigenoterapia es la administración de oxígeno (O₂) con fines terapéuticos, en concentraciones más elevadas que la existente en la mezcla de gases del ambiente. El oxígeno debe ser considerado un fármaco porque:

- Posee indicaciones precisas.
- Debe ser utilizado en dosis y tiempo adecuados.
- Posee efectos adversos.
- Requiere criterios clínicos y de laboratorio para su evaluación.



Esta terapia se prescribe en situaciones en las que los pacientes presentan una disminución de la cantidad de oxígeno en la sangre como consecuencia de problemas como la anemia o la insuficiencia respiratoria aguda o crónica. Esto puede generar hipoxia.

El oxígeno que se utiliza en instituciones sanitarias es un gas medicinal (medicamento especial) usado en pacientes sometidos a oxigenoterapia, tratamiento de hipoxia, en procesos anestésicos y reanimación e inhalación de medicamentos mediante nebulizador.

El O₂ utilizado como Gas Medicinal es el gas o mezcla de gases destinado a entrar en contacto directo con el organismo humano o animal y que, actuando principalmente por medios farmacológicos, inmunológicos o metabólicos, se presente dotado de propiedades para prevenir, diagnosticar, tratar, aliviar o curar enfermedades o dolencias.

TEMA 21.- LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LAS UNIDADES DE URGENCIAS. EL TRANSPORTE DE ENFERMOS EN AMBULANCIAS.

1.- LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

1.1.- CONCEPTOS GENERALES

“URGENCIA” es la aparición fortuita (imprevista o inesperada), en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte de sujeto que la sufre o de su familia (OMS). Por otra parte, “EMERGENCIA” es una situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano.

Las Unidades de Urgencias Hospitalarias (UUH) se definen como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar, ubicada en un área específica del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, que garantizan condiciones de seguridad, calidad y eficiencia para atender a las urgencias y la emergencia.

1.2.- ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LAS UUH

La gestión de la emergencia se basa en la existencia de un sistema integral de urgencias y de un centro coordinador de urgencias sanitarias. El paciente que sufre un proceso que genera situación de emergencia puede ver mejorada su esperanza y calidad de vida si se desarrolla un sistema que garantice su atención lo más rápidamente posible, lo derive al centro más adecuado para la asistencia a su proceso agudo, evite demoras en la UUH (técnicas de “fast track”), y le proporcione el tratamiento más adecuado en el intervalo de tiempo en donde es más eficaz. Las TIC pueden facilitar la gestión de este sistema.

Se recomienda el desarrollo e implantación de un sistema integral de urgencias para la asistencia del paciente con ictus, politraumatismo y síndrome coronario agudo.

La UUH debe formar parte de un sistema de atención integral a la urgencia. La continuidad asistencial debe constituirse como el elemento nuclear del sistema, que inspira su organización y funcionalidad. Para lograr dicha continuidad asistencial es necesario avanzar en la integración funcional de los niveles e instituciones que intervienen en la atención urgente y disponer de protocolos de coordinación.

La integración del hospital local en redes regionalizadas, mejora la seguridad y equidad. Para ello es fundamental el uso de las TIC y el desarrollo de un sistema de movilidad / traslado urgente del paciente.

La UUH debe disponer de un sistema de triaje, validado, integrado en el sistema informático del hospital, que permita la rápida clasificación del paciente en función de su gravedad, asignándole un tiempo máximo de espera para ser atendido en el recurso apropiado.

TEMA 22.- ACTUACIÓN DEL CELADOR EN RELACIÓN CON LOS PACIENTES FALLECIDOS. ACTUACIÓN EN LAS SALAS DE AUTOPSIAS Y EN LOS MORTUORIOS.

1.- ACTUACIÓN DEL CELADOR EN RELACIÓN CON LOS PACIENTES FALLECIDOS

1.1.- EL FALLECIMIENTO

La muerte de un paciente en un hospital es un acontecimiento que suele ocurrir en Unidades de Cuidados Paliativos, Urgencias, y en menor medida en cualquier otro área de un hospital, donde el paciente estará siempre acompañado de las personas allegadas que quieran permanecer con él.

Una vez fallecido, se comprobará por el personal sanitario, mediante la técnica más útil y fiable, los signos inequívocos de muerte, generalmente mediante un registro electrocardiográfico durante el tiempo que el médico responsable de certificar la muerte del paciente estime necesario. Esta comprobación de la inactividad cardíaca y respiratoria puede completarse con otras pruebas si el facultativo lo desea.

Hay que tener en cuenta que los pacientes sedados pueden presentar pausas respiratorias por apneas prolongadas. En ocasiones pueden suceder episodios de catalepsias en algunos pacientes, de donde surge la necesidad de descartar cualquier confusión con la situación de muerte aparente.

Una vez que el facultativo ha certificado la muerte del enfermo e informado a la familia, conviene que ésta permanezca con la persona fallecida durante un tiempo, el que ellos necesiten, para manifestar sus emociones por medio del llanto o el silencio respetuoso.

1.2.- AMORTAJAMIENTO

El Estatuto del Personal no Sanitario establece que los celadores "ayudarán a las enfermeras o personas encargadas a amortajar a los enfermos fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuario". Por tanto, la operación de amortajamiento es una función propia de los enfermeros, quienes pueden delegar dicha función en auxiliares de enfermería («personas encargadas»). En ambos casos, el celador de planta se limita a colaborar en la práctica del amortajamiento, simplemente movilizándolo al cadáver para facilitar a los enfermeros la realización de su cometido.

El amortajamiento del cadáver consiste en la preparación del mismo para que pueda ser velado por los familiares antes de proceder a su entierro o incineración. Una vez que el médico ha certificado el fallecimiento del paciente, es cuando deben ser efectuados los cuidados *post mortem*. El amortajamiento deberá realizarse en la mayor intimidad posible y en el menor plazo de tiempo (para evitar que aparezca el rigor cadavérico) y, posteriormente, el cadáver pueda ser trasladado al mortuario.

Los cuidados deben aplicarse guardando la mayor asepsia e higiene por parte de los encargados. Es muy conveniente el uso de guantes, para evitar contaminación por fluidos.

TEMA 23.- LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LAS UNIDADES DE URGENCIAS. EL TRANSPORTE DE ENFERMOS EN AMBULANCIAS.

1.- LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

1.1.- CONCEPTOS GENERALES

“URGENCIA” es la aparición fortuita (imprevista o inesperada), en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte de sujeto que la sufre o de su familia (OMS). Por otra parte, “EMERGENCIA” es una situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano.

Las Unidades de Urgencias Hospitalarias (UUH) se definen como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar, ubicada en un área específica del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, que garantizan condiciones de seguridad, calidad y eficiencia para atender a las urgencias y la emergencia.

1.2.- ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LAS UUH

La gestión de la emergencia se basa en la existencia de un sistema integral de urgencias y de un centro coordinador de urgencias sanitarias. El paciente que sufre un proceso que genera situación de emergencia puede ver mejorada su esperanza y calidad de vida si se desarrolla un sistema que garantice su atención lo más rápidamente posible, lo derive al centro más adecuado para la asistencia a su proceso agudo, evite demoras en la UUH (técnicas de “fast track”), y le proporcione el tratamiento más adecuado en el intervalo de tiempo en donde es más eficaz. Las TIC pueden facilitar la gestión de este sistema.

Se recomienda el desarrollo e implantación de un sistema integral de urgencias para la asistencia del paciente con ictus, politraumatismo y síndrome coronario agudo.

La UUH debe formar parte de un sistema de atención integral a la urgencia. La continuidad asistencial debe constituirse como el elemento nuclear del sistema, que inspira su organización y funcionalidad. Para lograr dicha continuidad asistencial es necesario avanzar en la integración funcional de los niveles e instituciones que intervienen en la atención urgente y disponer de protocolos de coordinación.

La integración del hospital local en redes regionalizadas, mejora la seguridad y equidad. Para ello es fundamental el uso de las TIC y el desarrollo de un sistema de movilidad / traslado urgente del paciente.

La UUH debe disponer de un sistema de triaje, validado, integrado en el sistema informático del hospital, que permita la rápida clasificación del paciente en función de su gravedad, asignándole un tiempo máximo de espera para ser atendido en el recurso apropiado.

TEMA 24.- EL TRASLADO DE DOCUMENTOS Y OBJETOS. MANEJO Y TRASLADO DE LA DOCUMENTACIÓN SANITARIA.

1.- EL TRASLADO DE DOCUMENTOS Y OBJETOS

Según el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias, los Celadores tramitarán o conducirán sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que les sean confiados por sus superiores, así como habrán de trasladar, en su caso, de unos servicios a otros, los aparatos o mobiliario que se requiera.

En relación con dichas funciones hay que tener en cuenta que también serán misiones del Celador todas aquellas similares a la anteriores que les sean encomendadas por sus superiores.

Por lo tanto, el traslado de documentos y objetos constituye una de las funciones explícitas de los Celadores, de donde se derivan las siguientes actividades concretas:

Tramitación de comunicaciones verbales.- Los Celadores deben transmitir las instrucciones, mensajes e información que les indiquen sus superiores, profesionales autorizados o personas que los designen, que pueden estar dirigidos a sus compañeros, superiores, subordinados y enfermos o usuarios en general. Estas tareas las realizarán con la mayor brevedad, claridad y veracidad posible.

Traslado de documentos.- El concepto de documento abarca mucho más que el simple documento escrito. Actualmente pueden adoptar distintas formas y categorías:

- Según su forma:

- Gráficos: manuscritos, Historias Clínicas.
- Tipográficos: libros, impresos, fotocopias.
- Iconográficos: grabados, fotografías, microfichas, planos, ilustraciones, radiografías, ecografías, etc.
- Plásticos: sellos, monedas, medallas, etc.
- Fónicos: discos, CDs.
- Audiovisuales: diapositivas, películas, vídeos.
- Informáticos: cintas magnéticas, CD Rom, disquetes.

- Según su origen:

- Primarios: libros, folletos, informes, catálogos, Historias Clínicas.
- Secundarios: revistas de sumarios, resúmenes o citas.
- Terciarios: perfiles bibliográficos.

Los documentos que son de traslado ordinario por los Celadores son:

TEMA 25.- PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES. DERECHOS Y OBLIGACIONES. SERVICIOS DE PREVENCIÓN.

1.- PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

El artículo 40.2 de la Constitución Española encomienda a los poderes públicos, como uno de los principios rectores de la política social y económica, velar por la seguridad e higiene en el trabajo. Este mandato constitucional conlleva la necesidad de desarrollar una política de protección de la salud de los trabajadores mediante la prevención de los riesgos derivados de su trabajo y encuentra en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales su pilar fundamental. En la misma se configura el marco general en el que habrán de desarrollarse las distintas acciones preventivas, en coherencia con las decisiones de la Unión Europea que ha expresado su ambición de mejorar progresivamente las condiciones de trabajo y de conseguir este objetivo de progreso con una armonización paulatina de esas condiciones en los diferentes países europeos.

De la presencia de España en la Unión Europea se deriva, por consiguiente, la necesidad de armonizar nuestra política con la naciente política comunitaria en esta materia, preocupada, cada vez en mayor medida, por el estudio y tratamiento de la prevención de los riesgos derivados del trabajo. Buena prueba de ello fue la modificación del Tratado constitutivo de la Comunidad Económica Europea por la llamada Acta Única, a tenor de cuyo artículo 118 A) los Estados miembros vienen, desde su entrada en vigor, promoviendo la mejora del medio de trabajo para conseguir el objetivo antes citado de armonización en el progreso de las condiciones de seguridad y salud de los trabajadores. Este objetivo se ha visto reforzado en el Tratado de la Unión Europea mediante el procedimiento que en el mismo se contempla para la adopción, a través de Directivas, de disposiciones mínimas que habrán de aplicarse progresivamente.

Consecuencia de todo ello ha sido la creación de un acervo jurídico europeo sobre protección de la salud de los trabajadores en el trabajo. De las Directivas que lo configuran, la más significativa es, sin duda, la 89/391/CEE, relativa a la aplicación de las medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo, que contiene el marco jurídico general en el que opera la política de prevención comunitaria.

La Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (en adelante LPRL) transpone al Derecho español la citada Directiva, al tiempo que incorpora al que será nuestro cuerpo básico en esta materia disposiciones de otras Directivas cuya materia exige o aconseja la transposición en una norma de rango legal, como son las Directivas 92/85/CEE, 94/33/CEE y 91/383/CEE, relativas a la protección de la maternidad y de los jóvenes y al tratamiento de las relaciones de trabajo temporales, de duración determinada y en empresas de trabajo temporal. Así pues, el mandato constitucional contenido en el artículo 40.2 de nuestra ley de leyes y la comunidad jurídica establecida por la Unión Europea en esta materia configuran el soporte básico en que se asienta la LPRL. Junto a ello, los compromisos contraídos con la Organización Internacional del Trabajo a partir de la ratificación del Convenio 155, sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo, enriquecen el contenido del texto legal al incorporar sus prescripciones y darles el rango legal adecuado dentro de nuestro sistema jurídico.

TEMA 26.- ACTUACIONES EN CASO DE INCENDIO Y EVACUACIÓN: TIPOS Y MANEJO DE EXTINTORES. PLAN DE CATÁSTROFES Y PREVENCIÓN DE INCENDIOS. LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES MÁS FRECUENTES EN LA ACTIVIDAD DIARIA.

1.- ACTUACIONES EN CASO DE INCENDIO Y EVACUACIÓN

Todos los accidentes ocurren porque hay una o más causas que los provocan”, no se producen por mala suerte, casualidad o azar. Los actos de las personas y las condiciones del ambiente son el origen de los accidentes. Una persona que cometa un acto inseguro puede sufrir y/o provocar un accidente. De igual forma una instalación, maquina, equipo o ambiente inseguro puede generar la ocurrencia de un accidente.

Como un incendio es un accidente, para poder evitarlo es necesario conocer claramente las causas que lo provocan, y preocuparse de ellas en forma sistemática y efectiva. Hay varios actos inseguros que son típicos y comunes a la mayoría de las empresas, que deben tenerse en cuenta al realizar un análisis del riesgo de incendios:

- Fumar en zonas prohibidas y/o peligrosas.
- Trabajar a temperaturas excesivas.
- Manipular líquidos, combustibles o inflamables sin autorización.
- Manipular líquidos, combustibles o inflamables sin seguir el procedimiento correcto.
- Mantener desordenados los lugares de trabajo.
- Almacenar materiales combustibles o inflamables cerca de llamas o fuentes de calor.
- Dejar de lubricar o efectuar mantenimientos a equipos.
- Utilizar como limpiadores: líquidos combustibles o inflamables.
- Poner fuera de servicio los dispositivos de seguridad.
- Sobrecargar enchufes y fusibles
- No observar las medidas generales de prevención.

También existen ejemplos típicos de condiciones inseguras:

- Equipos en mal estado o herramientas defectuosas.

ANEXO I:

**MATERIALES Y EQUIPAMIENTO
QUE TIENE QUE IDENTIFICAR UN CELADOR**

ANEXO II:

GLOSARIO DE TÉRMINOS