



# TEMARIO - CELADORES

Servicio de Salud  
CASTILLA Y LEÓN

Ed. 2023



TEMARIO - CELADORES  
SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN  
Ed. 2023

© 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

Tema 1.- Estructura de la Consejería de Sanidad. Reglamento de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Estructura orgánica de los servicios centrales y periféricos de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

Tema 2.- Modalidades de la asistencia sanitaria. La Atención Primaria de la Salud, los Equipos de Atención Primaria, el Centro de Salud y la Zona Básica de Salud. La Atención Especializada: centros y servicios dependientes de la misma. Los órganos directivos, la estructura y organización de los hospitales.

Tema 3.- Clasificación del personal estatutario. Provisión de plazas, selección y promoción interna. Adquisición y pérdida de la condición de personal estatutario fijo.

Tema 4.- La Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales: Objeto, ámbito de aplicación y definiciones. Derechos y obligaciones. Servicios de prevención. Consulta y participación de los trabajadores.

Tema 5.- Organización preventiva de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Planes de Prevención de Riesgos Laborales de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Procedimiento de valoración del puesto de trabajo por causa de salud. Procedimiento de protección de las trabajadoras durante el embarazo y la lactancia. El Plan Integral frente a las agresiones al personal de la Gerencia Regional de Salud.

Tema 6.- Derechos y deberes de los pacientes en relación con la salud. Autonomía de decisión. Intimidad y confidencialidad, protección de datos, secreto profesional. Derecho a la información. Decreto 101/2005, de 22 de diciembre por el que se regula la Historia Clínica en Castilla y León.

Tema 7.- La atención al usuario. El derecho a la información y a la confidencialidad.

Tema 8.- Funciones de vigilancia. Funciones de asistencia al personal sanitario facultativo y no facultativo. Relación del Celador con los familiares de los enfermos. Actuaciones en las habitaciones de los enfermos y las estancias comunes. Aseo del paciente.

Tema 9.- El celador en su relación con los enfermos. Traslado y movilidad de los pacientes. Técnicas de movilización de pacientes. Traslado de paciente encamando, en camilla y en silla de ruedas. Posiciones anatómicas básicas. Uso y mantenimiento del material auxiliar (grúas, transfer, sillas, camillas, sujeciones, correas...). Actuación del celador en relación con los pacientes terminales.

Tema 10.- Normas de actuación del celador en los quirófanos. Normas de higiene. La Esterilización.

Tema 11.- Actuación del celador en relación con los pacientes fallecidos. Actuación en las salas de autopsias y mortuorios. Relación del celador con los familiares de las personas fallecidas.

Tema 12.- Los suministros. Suministros internos y externos. Recepción y almacenamiento de mercancías. Organización del almacén. Distribución de pedidos.

Tema 13.- El traslado de documentos y objetos. Manejo y traslado de la documentación sanitaria.

Tema 14.- Recepción, movilización y traslado de pacientes en urgencias. Criterios de actuación del Celador en urgencias frente a traumatismos, heridas, quemaduras y asfixia. Nociones generales sobre primeros auxilios.

Tema 15.- Concepto de infección intrahospitalaria. Prevención. Gestión de residuos sanitarios. Clasificación, transporte, eliminación y tratamiento.

Tema 16.- Plan de emergencias ante incendios. Medidas preventivas. Conceptos básicos. Medios técnicos de protección. Equipos de primera intervención: funciones, actuaciones a realizar..

ANEXO I: MATERIALES Y EQUIPAMIENTO  
QUE TIENE QUE IDENTIFICAR UN CELADOR

ANEXO II: GLOSARIO DE TÉRMINOS

-o-o-o0o-o-o-

# TEMA 1.- ESTRUCTURA DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD. REGLAMENTO DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN. ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LOS SERVICIOS CENTRALES Y PERIFÉRICOS DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD.

## 1.- ESTRUCTURA DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD

Mediante Decreto 12/2022, de 5 de mayo (BOCYL de 6 de mayo), se estableció la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León.

Competencias.- Compete a la Consejería de Sanidad, bajo la superior dirección de su titular, dirigir, promover y ejecutar la política sanitaria, estableciendo los criterios, directrices y prioridades en función de las necesidades, así como el ejercicio de las funciones de coordinación e inspección en la materia, y cuantas otras pudieran corresponderle en el marco de la Constitución y del Estatuto de Autonomía.

Órganos directivos centrales.- La Consejería de Sanidad se estructura en los siguientes órganos directivos centrales:

- Viceconsejería de Asistencia Sanitaria, Planificación y Resultados en Salud.
- Secretaría General.
- Dirección General de Salud Pública.
- Dirección General de Planificación Sanitaria, Investigación e Innovación.

Está adscrito a la Consejería de Sanidad el organismo autónomo Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

Viceconsejería de Asistencia Sanitaria, Planificación y Resultados en Salud.- La Viceconsejería de Planificación Sanitaria, Asistencia y Resultados en Salud, bajo la superior dirección de la persona titular de la Consejería de Sanidad, desarrollará las funciones generales establecidas en Ley 3/2001, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León, así como las previstas en el artículo 8 del Decreto 3/2022, del Presidente de la Junta Castilla y León, por el que se crean y regulan las Viceconsejerías (*La Viceconsejería de Asistencia Sanitaria, Planificación y Resultados en Salud, en el marco de las competencias propias de la Consejería de Sanidad, desarrollará sus funciones de coordinación en las materias de asistencia sanitaria, planificación, calidad, investigación sanitaria, así como sistemas de información y evaluación del Sistema Público de Salud*).

Dependerá de la Viceconsejería de Planificación Sanitaria, Asistencia y Resultados en Salud la Dirección General de Planificación, Investigación e Innovación.

Se adscribe a esta Viceconsejería la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

## **TEMA 2.- MODALIDADES DE LA ASISTENCIA SANITARIA. LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA, EL CENTRO DE SALUD Y LA ZONA BÁSICA DE SALUD. LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA: CENTROS Y SERVICIOS DEPENDIENTES DE LA MISMA. LOS ÓRGANOS DIRECTIVOS, LA ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DE LOS HOSPITALES.**

### **1.- MODALIDADES DE LA ASISTENCIA SANITARIA**

Cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud.- La Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, regula la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud, estableciendo que comprende todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente, cubiertos de forma completa por financiación pública.

La prestación de estos servicios se hará de forma que se garantice la continuidad asistencial, bajo un enfoque multidisciplinar, centrado en el paciente, garantizando la máxima calidad y seguridad en su prestación, así como las condiciones de accesibilidad y equidad para toda la población cubierta.

Cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud.- La cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud incluye todas aquellas prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria y están sujetas a aportación del usuario. Esta cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud incluirá las siguientes prestaciones:

- a) Prestación farmacéutica.
- b) Prestación ortoprotésica.
- c) Prestación con productos dietéticos.

También gozará de esta consideración el transporte sanitario no urgente, sujeto a prescripción facultativa, por razones clínicas y con un nivel de aportación del usuario acorde al determinado para la prestación farmacéutica.

En conjunto, la cartera de servicios asistenciales del SNS contempla las siguientes prestaciones:

- Prestación de atención primaria
- Prestación de atención especializada
- Prestación de atención sociosanitaria
- Prestación de atención de urgencia
- Prestación farmacéutica
- Prestación ortoprotésica
- Prestación de productos dietéticos
- Prestación de transporte sanitario
- Prestaciones de salud pública

## TEMA 3.- CLASIFICACIÓN DEL PERSONAL ESTATUTARIO. PROVISIÓN DE PLAZAS, SELECCIÓN Y PROMOCIÓN INTERNA. ADQUISICIÓN Y PÉRDIDA DE LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO.

NOTA DE LA REDACCIÓN: *En la convocatoria de 2018 el enunciado de este mismo Tema se refirió expresamente a la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León. En la convocatoria de 2022 no se hace referencia concreta ni a la norma autonómica ni tampoco a la norma estatal del Estatuto Marco, motivo por el cual incluimos ambas regulaciones.*

### 1.- CLASIFICACIÓN DEL PERSONAL ESTATUTARIO

#### 1.- REGULACIÓN ESTATAL

Criterios de clasificación del personal estatutario.- Según la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, el personal estatutario de los servicios de salud se clasifica atendiendo a la función desarrollada, al nivel del título exigido para el ingreso y al tipo de su nombramiento.

Personal estatutario sanitario.- Es personal estatutario sanitario el que ostenta esta condición en virtud de nombramiento expedido para el ejercicio de una profesión o especialidad sanitaria. Atendiendo al nivel académico del título exigido para el ingreso, el personal estatutario sanitario se clasifica así:

a) Personal de formación universitaria: quienes ostentan la condición de personal estatutario en virtud de nombramiento expedido para el ejercicio de una profesión sanitaria que exija una concreta titulación de carácter universitario, o un título de tal carácter acompañado de un título de especialista. Este personal se divide en:

1º.- Licenciados con título de especialista en Ciencias de la Salud.

2º.- Licenciados sanitarios.

3º.- Diplomados con título de Especialista en Ciencias de la Salud.

4º.- Diplomados sanitarios.

b) Personal de formación profesional: quienes ostenten la condición de personal estatutario en virtud de nombramiento expedido para el ejercicio de profesiones o actividades profesionales sanitarias, cuando se exija una concreta titulación de formación profesional. Este personal se divide en:

1º.- Técnicos superiores.

2º.- Técnicos.

Personal estatutario de gestión y servicios.- Es personal estatutario de gestión y servicios quien ostenta tal condición en virtud de nombramiento expedido para el desempeño de funciones de gestión o para el desarrollo de profesiones u oficios que no tengan carácter sanitario.

## **TEMA 4.- LA LEY 31/1995, DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: OBJETO, ÁMBITO DE APLICACIÓN Y DEFINICIONES. DERECHOS Y OBLIGACIONES. SERVICIOS DE PREVENCIÓN. CONSULTA Y PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES.**

### **1.- LA LEY 31/1995, DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES**

#### **1.1.- INTRODUCCIÓN**

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 trabaja-

## **TEMA 5.- ORGANIZACIÓN PREVENTIVA DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN. PLANES DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN. PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO POR CAUSA DE SALUD. PROCEDIMIENTO DE PROTECCIÓN DE LAS TRABAJADORAS DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA. EL PLAN INTEGRAL FRENTE A LAS AGRESIONES AL PERSONAL DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD.**

### **1.- ORGANIZACIÓN PREVENTIVA AUTONÓMICA**

Mediante Decreto 80/2013, de 26 de diciembre, se ha adaptado la normativa de prevención de riesgos laborales a la Administración General de la Comunidad de Castilla y León y sus Organismos Autónomos

Integración de la actividad preventiva. Plan de Prevención de Riesgos Laborales.- La actividad preventiva a desarrollar en las Consejerías y Organismos Autónomos y en todos sus centros dependientes, deberá integrarse en el sistema general de gestión en los términos establecidos en el Reglamento de los Servicios de Prevención.

El Plan de Prevención de Riesgos Laborales es la herramienta a través de la cual debe integrarse la actividad preventiva de las Consejerías y Organismos Autónomos en el sistema general de gestión.

El Plan de Prevención de Riesgos Laborales habrá de reflejarse en un documento que se conservará a disposición de la autoridad laboral, de las autoridades sanitarias y de los representantes de los empleados públicos, e incluirá los siguientes elementos:

- a) La identificación de Consejerías y Organismos Autónomos, de su actividad, el número y características de los centros de trabajo y el número de empleados públicos y sus características con relevancia en la prevención de riesgos laborales.
- b) La estructura organizativa, identificando las funciones y responsabilidades que asume cada uno de sus niveles jerárquicos y los respectivos cauces de comunicación entre ellos, en relación con la prevención de riesgos laborales.
- c) La identificación, en su caso, de los distintos procesos de trabajo, las prácticas y los procedimientos organizativos existentes en relación con la prevención de riesgos laborales.
- d) La política, los objetivos y metas que en materia preventiva se pretenden alcanzar, así como los recursos humanos, técnicos, materiales y económicos de los que van a disponer al efecto.

La evaluación de riesgos laborales y la planificación de la actividad preventiva, como instrumentos esenciales para la gestión y aplicación del Plan de Prevención de Riesgos Laborales, deberán realizarse

## **TEMA 6.- DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES EN RELACIÓN CON LA SALUD. AUTONOMÍA DE DECISIÓN. INTIMIDAD Y CONFIDENCIALIDAD, PROTECCIÓN DE DATOS, SECRETO PROFESIONAL. DERECHO A LA INFORMACIÓN. REGULACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA EN CASTILLA Y LEÓN (DECRETO 101/2005).**

### **1.- DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES EN RELACIÓN CON LA SALUD**

#### **1.1.- DERECHOS Y DEBERES EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

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)*

## TEMA 7.- LA ATENCIÓN AL USUARIO. EL DERECHO A LA INFORMACIÓN Y A LA CONFIDENCIALIDAD.

### 1.- LA ATENCIÓN AL USUARIO

#### 1.1.- PAUTAS DE COMPORTAMIENTO

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. Los Servicios Públicos de Salud tienen 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.

## **TEMA 8.- FUNCIONES DE VIGILANCIA. FUNCIONES DE ASISTENCIA AL PERSONAL SANITARIO FACULTATIVO Y NO FACULTATIVO. RELACIÓN DEL CELADOR CON LOS FAMILIARES DE LOS ENFERMOS. ACTUACIONES EN LAS HABITACIONES DE LOS ENFERMOS Y LAS ESTANCIAS COMUNES. ASEO DEL PACIENTE.**

### **1.- INTRODUCCIÓN**

#### **1.1.- 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.

#### **1.2.- 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:

## **TEMA 9.- EL CELADOR EN SU RELACIÓN CON LOS ENFERMOS. TRASLADO Y MOVILIDAD DE LOS PACIENTES. TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN DE PACIENTES. TRASLADO DE PACIENTE ENCAMANDO, EN CAMILLA Y EN SILLA DE RUEDAS. POSICIONES ANATÓMICAS BÁSICAS. USO Y MANTENIMIENTO DEL MATERIAL AUXILIAR (GRÚAS, TRANSFER, SILLAS, CAMILLAS, SUJECIONES, CORREAS...). ACTUACIÓN DEL CELADOR EN RELACIÓN CON LOS PACIENTES TERMINALES.**

### **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.

## TEMA 10.- NORMAS DE ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LOS QUIRÓFANOS. NORMAS DE HIGIENE. LA ESTERILIZACIÓN.

### 1.- NORMAS DE ACTUACIÓN EN LOS QUIRÓFANOS

#### 1.1.- 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.

#### 1.2.- EL CELADOR EN LOS QUIRÓFANOS

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

# TEMA 11.- ACTUACIÓN DEL CELADOR EN RELACIÓN CON LOS PACIENTES FALLECIDOS. ACTUACIÓN EN LAS SALAS DE AUTOPSIAS Y MORTUORIOS. RELACIÓN DEL CELADOR CON LOS FAMILIARES DE LAS PERSONAS FALLECIDAS.

## 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 12.- LOS SUMINISTROS. SUMINISTROS INTERNOS Y EXTERNOS. RECEPCIÓN Y ALMACENAMIENTO DE MERCANCÍAS. ORGANIZACIÓN DEL ALMACÉN. DISTRIBUCIÓN DE PEDIDOS.**

### **1.- LOS SUMINISTROS**

#### **1.1.- CONCEPTO Y CLASES**

Un suministro es una provisión de víveres, utensilios, alimentos, etc., para una colectividad: presos, militares, estudiantes, residentes, etc. (aunque también se denomina suministro a las cosas o efectos suministrados).

Un suministro sanitario, en concreto, es la provisión que se realiza de productos de uso en hospitales e instituciones sanitarias, tales como alimentos, medicamentos, ropa y lencería, aparataje y equipamiento médico-quirúrgico, consumibles de todo tipo tanto de uso clínico como administrativo, etc.

Por razón del lugar de realización, un suministro puede ser externo o interno. En primer lugar se produce el suministro externo, pues un Hospital necesita muchos productos pero no produce ninguno, de manera que ha de adquirirlo de productores ajenos a la propia Institución. Y una vez adquiridos se produce el suministro interno, desde un almacén general a otros almacenes más reducidos y de menor ámbito: almacén de un Área o Servicio Clínico (Cirugía, Traumatología...), de una Planta Hospitalaria, de un Servicio General (Lavandería, Cocina, Administración...), y desde éstos a las Unidades, dependencias o personal que finalmente va a utilizarlos (cirujanos, personal de enfermería, de cocina, de administración, etc.).

#### **1.2.- LOS SUMINISTROS EXTERNOS: LA CONTRATACIÓN PÚBLICA**

Un Hospital de titularidad privada puede suministrarse directamente de cualquier proveedor, negociando precios, calidades y cantidades, forma y plazo de pago, etc.

Un Hospital público no puede suministrarse libremente con cualquier proveedor o fabricante, sino que como parte integrante de una Administración Pública (la Administración Sanitaria, normalmente de ámbito y gestión autonómica) tiene que acudir al procedimiento de contratación establecido para los entes públicos, que presenta la rigidez y formalismo propios de la contratación del sector público. Estas normas propias se establecen a fin de garantizar que la contratación se ajuste a los principios de libertad de acceso a las licitaciones, publicidad y transparencia de los procedimientos, y no discriminación e igualdad de trato entre los candidatos, y de asegurar, en conexión con el objetivo de estabilidad presupuestaria y control del gasto, una eficiente utilización de los fondos destinados a la realización de obras, la adquisición de bienes y la contratación de servicios mediante la exigencia de la definición previa de las necesidades a satisfacer, la salvaguarda de la libre competencia y la selección de la oferta económicamente más ventajosa.

Todo el procedimiento de contratación pública externa está regulado actualmente por la Ley 9/2017, de Contratos del Sector Público, que regula la contratación de suministros en los términos siguientes.

## TEMA 13.- 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 14.- RECEPCIÓN, MOVILIZACIÓN Y TRASLADO DE PACIENTES EN URGENCIAS. CRITERIOS DE ACTUACIÓN DEL CELADOR EN URGENCIAS FRENTE A TRAUMATISMOS, HERIDAS, QUEMADURAS Y ASFIXIA. NOCIONES GENERALES SOBRE PRIMEROS AUXILIOS.**

### **1.- EL CELADOR EN 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.

La 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 la 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 15.- CONCEPTO DE INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA. PREVENCIÓN. GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS. CLASIFICACIÓN, TRANSPORTE, ELIMINACIÓN Y TRATAMIENTO.

### 1.- CONCEPTO DE INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA

#### 1.1.- DEFINICIÓN

Las infecciones intrahospitalarias son aquellas que se manifiestan durante la hospitalización del paciente, después de al menos 48 horas de su internamiento, y que no estaban presentes -ni siquiera en periodo de incubación- en el momento de su ingreso en el hospital. Esta definición también incluye las que ocurren en consultorios externos, áreas de diagnóstico y tratamiento, y las adquiridas durante la atención de los pacientes.

La infección hospitalaria es una enfermedad endemo-epidémica de los establecimientos hospitalarios, controlable pero difícilmente erradicable, que está directamente relacionada con la calidad de la atención médica de cada establecimiento. Por ello existen en todos los establecimientos mundiales de Salud, pudiendo variar su presentación según la calidad de los pacientes y la atención que se brinda, y afectan desde un 3% a un 17 % de las personas que requieren internamiento, teniendo como consecuencia un sustancial incremento de las enfermedades, fallecimientos y costes para el centro hospitalario en cuestión. Para dar una idea de la magnitud del problema se puede decir que las mismas contribuyen al incremento de la mortalidad en aproximadamente un 4% y son causales de las mismas en el 1%. Según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, una media del 8,7% de los pacientes de un hospital presentan infecciones nosocomiales. Las más frecuentes son las de heridas quirúrgicas, tracto urinario (relacionadas con el empleo de sondas vesicales), vías respiratorias inferiores (tráquea y bronquios) y las asociadas al uso de catéteres.

#### 1.2.- CLASIFICACIÓN

Las infecciones intrahospitalarias se clasifican según los siguientes criterios:

- Frecuencia:

- Esporádicas: ocurren muy de vez en cuando

- Endémicas: es una incidencia más o menos constante de un mismo microorganismo

- Epidémica: se manifiesta en brotes y son siempre exógenas (la fuente no esta en el paciente, sino fuera de el), de una fuente común o persona-persona.

- Origen:

- Exógenas: cuando la fuente de infección es el Hospital (personal, instalaciones, instrumental, etc.)

- Endógenas: cuando la fuente es la flora del propio paciente (auto infección)

## **TEMA 16.- PLAN DE EMERGENCIAS ANTE INCENDIOS. MEDIDAS PREVENTIVAS. CONCEPTOS BÁSICOS. MEDIOS TÉCNICOS DE PROTECCIÓN. EQUIPOS DE PRIMERA INTERVENCIÓN: FUNCIONES, ACTUACIONES A REALIZAR.**

### **1.- PLAN DE EMERGENCIAS ANTE INCENDIOS**

#### **1.1.- CONCEPTO**

Un Plan de Emergencia es la planificación y organización humana para la utilización óptima de los medios técnicos previstos con la finalidad de reducir al mínimo las posibles consecuencias humanas y/o económicas que pudieran derivarse de la situación de emergencia.

De esta definición se desprende que el plan de emergencia persigue optimizar los recursos disponibles, por lo que su implantación implica haber dotado previamente al edificio de la infraestructura de medios materiales o técnicos necesarios en función de las características propias del edificio y de la actividad que en el mismo se realiza. Ello a su vez comporta haber previamente, realizado una identificación y análisis de los riesgos o deficiencias del edificio, imprescindible para conocer la dotación de medios de prevención-protección que se precisan en el mismo.

Sólo en este momento, cuando el edificio está correctamente equipado, cabe hablar de la implantación de un plan de emergencia si queremos tener la certeza de que éste será operativo y eficaz. En caso contrario, dispondremos de un documento más o menos correcto, pero ineficaz en su puesta en práctica.

¿Qué hacer en el período de tiempo que forzosamente va a transcurrir hasta que el edificio se equipa con las instalaciones necesarias? En ese período, el plan de emergencia que debe existir aunque sea con carácter de provisionalidad, debe contemplar tal situación y adecuarse a tales carencias, de modo que las actuaciones que en el mismo se prevean se adecuen a lo que se pueda hacer en función de "lo que se cuenta y en qué condiciones".

#### **1.2.- ¿DÓNDE SE DEBE IMPLANTAR UN PLAN DE EMERGENCIA?**

A tal pregunta responde en parte la legislación vigente, que a nivel estatal, exige a determinado tipo de edificios o actividades a implantar plan de emergencia. Es el caso de hospitales, hoteles, locales de espectáculos, recintos deportivos, etc.

¿Y en aquellos edificios o actividades para los que no existe reglamentación que les obligue? En tales supuestos, la implantación de un plan de emergencia es siempre exigible técnicamente cuando se trate de instalaciones en que se dé una grave situación de riesgo o bien en instalaciones en que aún no siendo elevado el nivel de riesgo, si podrían serlo las consecuencias humanas o materiales que se producirían.