



TEMARIO CELADORES

Servicio Aragonés de Salud

Ed. 2021



TEMARIO
CELADORES
Servicio Aragonés de Salud
Ed. 2021

© 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

MATERIA COMÚN

Tema 1.- La Constitución Española de 1978: Principios fundamentales. Derechos y deberes fundamentales de los ciudadanos. La protección a la salud en la Constitución. La Corona. Las Cortes Generales. El Gobierno de la Nación. El Poder Judicial.

Tema 2.- El Estatuto de Autonomía en Aragón. Principios informadores. Estructura y contenido. La organización institucional de la Comunidad Autónoma. Las Cortes y el Justicia de Aragón. Las competencias de la Comunidad de Aragón con especial referencia a las relativas a sanidad.

Tema 3.- Población, geografía y territorio en Aragón. Desequilibrios demográficos en Aragón. Magnitudes más relevantes de la economía aragonesa. Evolución reciente de la actividad económica en Aragón.

Tema 4.- La igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en Aragón: Disposiciones generales. Prevención y Protección Integral a las Mujeres Víctimas de Violencia en Aragón: Disposiciones Generales. La identidad y expresión de género e igualdad social y no discriminación en la Comunidad Autónoma de Aragón: Disposiciones Generales. La diversidad cultural y lucha contra la discriminación: Principios y objetivos del Plan Integral para la Gestión de la Diversidad de Aragón 2018-2021.

Tema 5.- La Ley General de Sanidad: El Sistema Nacional de Salud y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. El Área de Salud. La Ley de Salud de Aragón: Principios rectores. Derechos y deberes de los ciudadanos. Derechos de información sobre la salud y autonomía del paciente.

Tema 6.- El Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón. Estructura básica y competencias. El Servicio Aragonés de Salud: Estructura y competencias. El Texto Refundido de la Ley del Servicio Aragonés de Salud. Estructura y funcionamiento de las áreas y sectores del Sistema de Salud de Aragón.

Tema 7.- Personal Estatutario de los Servicios de Salud: Clasificación del Personal Estatutario. Derechos y Deberes. Adquisición y pérdida de la condición de personal estatutario. Provisión de plazas, selección y promoción interna. Movilidad del personal. Situaciones. Régimen disciplinario. Estatuto Básico del Empleado Público: Deberes del empleado público y código de conducta. Representación, participación y negociación colectiva. Incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas. Principios generales. Ámbito de aplicación.

Tema 8.- El Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas: Disposiciones Generales. Cómputo de plazos. Objeto y plazos de los recursos administrativos. El Régimen Jurídico del Sector Público: Disposiciones Generales.

Tema 9.- Ley de Prevención de Riesgos Laborales: Conceptos básicos. Derechos y obligaciones en materia de seguridad en el trabajo. Organización de la prevención de riesgos laborales en la Comunidad Autónoma de Aragón. Distribución de funciones y responsabilidades en materia de prevención de riesgos laborales entre los diferentes órganos del Servicio Aragonés de Salud.

MATERIA ESPECÍFICA

Tema 10.- Nociones Básicas de la asistencia sanitaria I: La Atención Primaria: la Zona Básica de Salud, los Equipos de Atención Primaria y el Centro de Salud. La actuación del Celador en los Equipos de Atención Primaria.

Tema 11.- Nociones básicas de la asistencia sanitaria II: La Atención Especializada. Los órganos directivos, reglamento de estructura y organización y funcionamiento de los hospitales. Hospitales de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Tema 12.- La atención al usuario. El derecho a la información y la confidencialidad. La tarjeta sanitaria.

Tema 13.- 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 14.- El celador en su relación con los enfermos. Traslado y movilidad de los pacientes. Técnicas de movilización de pacientes. Uso y mantenimiento del material auxiliar (grúas, transfer, sillas, camillas, sujeciones, correas...). Actuación del celador en relación con los pacientes terminales.

Tema 15.- Normas de actuación del celador en los quirófanos. Normas de higiene. La esterilización.

Tema 16.- 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 17.- Los suministros. Suministros internos y externos. Recepción y almacenamiento de mercancías. Organización del almacén. Distribución de pedidos.

Tema 18.- El traslado de documentos y objetos. Manejo y traslado de la documentación sanitaria.

Tema 19.- 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 20.- Concepto de infección intra hospitalaria. Prevención. Gestión de residuos sanitarios. Clasificación, transporte, eliminación y tratamiento.

ANEXO I: MATERIALES Y EQUIPAMIENTO

ANEXO II: GLOSARIO DE TÉRMINOS

-o-o-o0o-o-o-

TEMA 1.- LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA DE 1978: PRINCIPIOS FUNDAMENTALES. DERECHOS Y DEBERES FUNDAMENTALES DE LOS CIUDADANOS. LA PROTECCIÓN A LA SALUD EN LA CONSTITUCIÓN. LA CORONA. LAS CORTES GENERALES. EL GOBIERNO DE LA NACIÓN. EL PODER JUDICIAL.

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.- EL ESTATUTO DE AUTONOMÍA EN ARAGÓN. PRINCIPIOS INFORMADO- RES. ESTRUCTURA Y CONTENIDO. LA ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA. LAS CORTES Y EL JUSTICIA DE ARAGÓN. LAS COMPETENCIAS DE LA COMUNIDAD DE ARAGÓN CON ESPECIAL REFERENCIA A LAS RELATIVAS A SANIDAD.

1.- EL ESTATUTO DE AUTONOMÍA DE ARAGÓN

Aragón, nacionalidad histórica, ejerce su derecho a la autonomía al amparo de la Constitución Española. Sus instituciones de autogobierno fundamentan su actuación en el respeto a la ley, la libertad, la justicia y los valores democráticos.

El Reino de Aragón es la referencia de una larga historia del pueblo aragonés que durante siglos dio nombre y contribuyó a la expansión de la Corona de Aragón. Señal de identidad de su historia es el Derecho Foral, que se fundamenta en derechos originarios y es fiel reflejo de los valores aragoneses de pacto, lealtad y libertad. Este carácter foral tuvo reflejo en la Compilación del siglo XIII, en el llamado Compromiso de Caspe de 1412 y en la identificación de sus libertades en el Justicia de Aragón.

El Estatuto de Autonomía incorpora disposiciones que profundizan y perfeccionan los instrumentos de autogobierno, mejora el funcionamiento institucional, acoge derechos de los aragoneses que quedan así mejor protegidos, amplía y consolida espacios competenciales y se abre a nuevos horizontes como el de su vocación europea, asociada a su tradicional voluntad de superar fronteras.

El Estatuto sitúa a Aragón en el lugar que, como nacionalidad histórica, le corresponde dentro de España y, a través de ella, su pertenencia a la Unión Europea y dota a la Comunidad Autónoma de los instrumentos precisos para seguir haciendo realidad el progreso social, cultural y económico de los hombres y mujeres que viven y trabajan en Aragón, comprometiendo a sus poderes públicos en la promoción y defensa de la democracia.

1.1.- ESTRUCTURA

El Estatuto de Autonomía de Aragón se estructura en 1 Preámbulo, 1 Título Preliminar, 9 Títulos, 115 Artículos, 6 Disposiciones adicionales, 5 Disposiciones transitorias, 1 Disposición derogatoria y 1 Disposición final.

Preámbulo

- TÍTULO PRELIMINAR
- TÍTULO I. Derechos y principios rectores

CAPÍTULO I. Derechos y deberes de los aragoneses y aragonesas

CAPÍTULO II. Principios rectores de las políticas públicas

TEMA 3.- POBLACIÓN, GEOGRAFÍA Y TERRITORIO EN ARAGÓN. DESEQUILIBRIOS DEMOGRÁFICOS EN ARAGÓN. MAGNITUDES MÁS RELEVANTES DE LA ECONOMÍA ARAGONESA. EVOLUCIÓN RECIENTE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA EN ARAGÓN.

INTRODUCCIÓN

La Comunidad Autónoma de Aragón está emplazada en el cuadrante nororiental de la península Ibérica, e integrada por las provincias de Zaragoza, Huesca y Teruel. La capital autonómica es la ciudad de Zaragoza. Se estructura en 32 comarcas y la Delimitación Comarcal de Zaragoza, que a su vez comprenden 731 municipios (202 pertenecen a Huesca, 236 a Teruel y 293 a Zaragoza). Cuenta con una extensión total de 47.719,2 kilómetros cuadrados. La provincia de Zaragoza es la mayor con 17.274,3 km², seguida de Huesca con 15.636,2 kilómetros cuadrados y de Teruel con 14.808,7 kilómetros cuadrados. Por su tamaño, Aragón es la cuarta Comunidad Autónoma española, sólo superada en extensión por Castilla-La Mancha, Castilla y León y Andalucía. Es casi diez veces mayor que Baleares, Cantabria o La Rioja y ocupa el 9,42% del territorio nacional.



COMUNIDAD AUTÓNOMA de ARAGÓN



Se asienta en un territorio que va, de norte a sur, desde los Pirineos hasta el Sistema Ibérico (260 km), pasando por la depresión media del valle del Ebro, que la atraviesa transversalmente de noroeste a sudeste a lo largo de unos 330 km de cauce y ribera s. Al oeste limita con los territorios de la Comunidad Foral de Navarra, La Rioja, Soria, Guadalajara y Cuenca; al sudeste con Castellón de la Plana y con una pequeña parte de Valencia; en su flanco noreste con las tierras catalanas de Tarragona y Lleida, y, finalmente, al norte, las crestas montañosas de los Pirineos frontera natural que le separa de Francia.

En el territorio de la comunidad aragonesa se localiza un buen número de ambientes naturales, geográficos y climáticos: desde la alta montaña pirenaica, con sus glaciares e ibones, a las resacas estepas de Los Monegros.

El río Ebro es el principal cauce fluvial de la comunidad. La diversidad de unos ambientes naturales que todavía gozan de un buen estado de conservación ha propiciado la existencia de valiosos enclaves naturales, donde sobreviven especies animales y vegetales de gran valor ecológico.

TEMA 4.- LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ENTRE MUJERES Y HOMBRES EN ARAGÓN: DISPOSICIONES GENERALES. PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN INTEGRAL A LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA EN ARAGÓN: DISPOSICIONES GENERALES. LA IDENTIDAD Y EXPRESIÓN DE GÉNERO E IGUALDAD SOCIAL Y NO DISCRIMINACIÓN EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN: DISPOSICIONES GENERALES. LA DIVERSIDAD CULTURAL Y LUCHA CONTRA LA DISCRIMINACIÓN: PRINCIPIOS Y OBJETIVOS DEL PLAN INTEGRAL PARA LA GESTIÓN DE LA DIVERSIDAD DE ARAGÓN 2018-2021.

1.- LA LEY DE IGUALDAD DE ARAGÓN

1.1.- INTRODUCCIÓN

La Ley 7/2018, de 28 de junio, de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en Aragón, contiene 103 artículos y se estructura en un Título preliminar, cinco Títulos, tres disposiciones adicionales, una disposición derogatoria y siete disposiciones finales.

El Título preliminar establece el objeto, el ámbito de aplicación, los principios generales que han de presidir la actuación de los poderes públicos de nuestra Comunidad Autónoma con la finalidad de alcanzar la igualdad de género y las categorías básicas, así como los conceptos relativos a la igualdad. En este Título se configura el compromiso de la Administración pública aragonesa con la efectividad de la igualdad de oportunidades y de trato entre mujeres y hombres mediante la aplicación del principio de transversalidad, así como la incorporación de la perspectiva de género y los demás principios generales recogidos en él.

El Título I se centra en las competencias, funciones, la organización institucional y la coordinación entre las Administraciones públicas de Aragón. En el Capítulo I se regulan las competencias y funciones. El Capítulo II establece la organización institucional, cooperación, coordinación y consulta entre las Administraciones públicas de Aragón y precisa los órganos responsables para asegurar los objetivos de la ley. Articula los organismos y unidades de igualdad de la Administración de la Comunidad Autónoma, así como los órganos de cooperación y coordinación.

El Título II regula las políticas públicas para la igualdad de género y consta de dos capítulos. El Capítulo I contempla las medidas para la integración de la perspectiva de género en las políticas públicas, mediante la aplicación de la transversalidad, el desarrollo del principio de interseccionalidad y acciones concretas, como la evaluación del impacto de género, el enfoque de género en los presupuestos, la memoria explicativa de igualdad, el Plan Estratégico para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, el uso integrador y no sexista del lenguaje y de la imagen en la Administración pública, así como las estadísticas, estudios e investigaciones con perspectiva de género. Por otro lado, el Capítulo II regula la promoción de la igualdad de género en las políticas públicas de la Comunidad Autónoma de Aragón y se ocupa de la participación y representación equilibrada en los órganos directivos y colegiados, la contratación pública, las ayudas y subvenciones y otras medidas para eliminar desigualdades y promover la igualdad de género.

TEMA 5.- LA LEY GENERAL DE SANIDAD: EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y LOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS. EL ÁREA DE SALUD. LA LEY DE SALUD DE ARAGÓN: PRINCIPIOS RECTORES. DERECHOS Y DEBERES DE LOS CIUDADANOS. DERECHOS DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD Y AUTONOMÍA DEL PACIENTE.

1.- LA LEY GENERAL DE SANIDAD

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad establece 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 empeñados 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.

1.1.- EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

CREACIÓN Y CONCEPTO.- Todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud integrarán el Sistema Nacional de Salud.

TEMA 6.- EL DEPARTAMENTO DE SANIDAD DEL GOBIERNO DE ARAGÓN. ESTRUCTURA BÁSICA Y COMPETENCIAS. EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD: ESTRUCTURA Y COMPETENCIAS. EL TEXTO REFUNDIDO DE LA LEY DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD. ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DE LAS ÁREAS Y SECTORES DEL SISTEMA DE SALUD DE ARAGÓN.

1.- ESTRUCTURA DEL DEPARTAMENTO DE SANIDAD DEL GOBIERNO DE ARAGÓN

La estructura orgánica del Departamento de Sanidad y del Servicio Aragonés de Salud ha sido establecida mediante Decreto 122/2020, de 9 de diciembre, del Gobierno de Aragón, tal como se expone a continuación.

1.1.- COMPETENCIAS GENERALES Y ORGANIZACIÓN

Competencia general del Departamento.- Corresponden al Departamento de Sanidad el ejercicio de las competencias siguientes:

- Proponer y ejecutar las directrices del Gobierno de Aragón sobre política de salud.
- Garantizar y hacer efectivos los derechos reconocidos a los ciudadanos en materia de salud.
- Proceder a la estructuración, ordenación y planificación territorial en materia de salud.
- Definir y desarrollar el Plan de Salud de Aragón y las Estrategias de Salud en la Comunidad Autónoma.
- Planificar, evaluar y controlar la organización asistencial del Sistema de Salud de Aragón.
- Ejercer la potestad sancionadora en aquellas materias propias de la competencia del Departamento.
- Ejercer las demás competencias que le atribuya el ordenamiento jurídico y las que resulten de lo establecido en el presente Decreto.

La titularidad y ejercicio de dichas competencias se ajustará a la distribución realizada en el presente Decreto, sin perjuicio de las delegaciones u otras fórmulas de traslado de su ejercicio que puedan adoptarse.

Los diferentes órganos del Departamento de Sanidad ejercerán tanto las competencias y funciones previstas en este Decreto como aquellas otras que, en su caso, les sean atribuidas por cualquier norma legal o reglamentaria, y ajustarán su ejercicio a los principios de funcionamiento de la Administración, asegurando la coordinación con otros órganos administrativos y la colaboración mutua y lealtad institucional respecto a los restantes poderes institucionales y Administraciones Públicas.

TEMA 7.- PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD: CLASIFICACIÓN DEL PERSONAL ESTATUTARIO. DERECHOS Y DEBERES. ADQUISICIÓN Y PÉRDIDA DE LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO. PROVISIÓN DE PLAZAS, SELECCIÓN Y PROMOCIÓN INTERNA. MOVILIDAD DEL PERSONAL. SITUACIONES. RÉGIMEN DISCIPLINARIO. ESTATUTO BÁSICO DEL EMPLEADO PÚBLICO: DEBERES DEL EMPLEADO PÚBLICO Y CÓDIGO DE CONDUCTA. REPRESENTACIÓN, PARTICIPACIÓN Y NEGOCIACIÓN COLECTIVA. INCOMPATIBILIDADES DEL PERSONAL AL SERVICIO DE LAS AA.PP. PRINCIPIOS GENERALES. ÁMBITO DE APLICACIÓN.

INTRODUCCIÓN

El especial régimen jurídico del personal estatutario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social estaba integrado por unas normas jurídicas de rango reglamentario que databan de la segunda mitad del siglo XX, los conocidos Estatutos, que daban nombre a esta categoría de empleados públicos y cuya vigencia fue declarada por la DT 4ª de la Ley 30/1984, de Medidas para la Reforma de la Función Pública:

- Estatuto Jurídico de Personal Médico de la Seguridad Social, aprobado por Decreto 3160/1966 de 23 de diciembre.
- Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, aprobado por Orden de 26 de abril de 1973.
- Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, aprobado por Orden de 5 de julio de 1971.

Estos Estatutos quedaron obsoletos y superados por las nuevas realidades legislativas y organizativas en muchas de sus disposiciones, de ahí que existiera una insostenible situación normativa absolutamente insegura, en cuanto al derecho aplicable y en cuanto a la competencia jurisdiccional que llevaba a la aplicar tanto el Derecho Administrativo como el Laboral para llenar las lagunas existentes.

Además, la organización política y territorial y el esquema de distribución de competencias en materia de sanidad y asistencia sanitaria que establecen la Constitución y los Estatutos de Autonomía, provocan el nacimiento, en el año 1986 y mediante la Ley General de Sanidad, del Sistema Nacional de Salud, concebido como el conjunto de los servicios de salud con un funcionamiento armónico y coordinado.

La Ley General de Sanidad establece que en los servicios de salud se integrarán los diferentes servicios sanitarios públicos del respectivo ámbito territorial. Tal integración se realiza con las peculiaridades organizativas y funcionales de los correspondientes centros, entre ellas el régimen jurídico de su personal, lo que motiva que en los servicios de salud y en sus centros sanitarios se encuentre prestando servicios personal con vinculación funcionarial, laboral y estatutaria.

TEMA 8.- EL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO COMÚN DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS: DISPOSICIONES GENERALES. CÓMPUTO DE PLAZOS. OBJETO Y PLAZOS DE LOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS. EL RÉGIMEN JURÍDICO DEL SECTOR PÚBLICO: DISPOSICIONES GENERALES.

1.- EL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO COMÚN

El art. 103 de la Constitución dispone que *“la Administración Pública sirve con objetividad los intereses generales y actúa de acuerdo con los principios de eficacia, jerarquía, descentralización, desconcentración y coordinación, con sometimiento pleno a la Ley y al Derecho”*.

Tras más de veinte años de vigencia de la Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, recientemente el poder legislativo ha llevado a cabo una reforma del ordenamiento jurídico público articulada en dos ejes fundamentales: las relaciones «*ad extra*» (hacia afuera) y «*ad intra*» (hacia dentro) de las Administraciones Públicas. Para ello se han impulsado simultáneamente dos nuevas leyes que constituirán los pilares sobre los que se asentará en adelante el Derecho administrativo español: la Ley del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (Ley 39/2015), y la Ley de Régimen Jurídico del Sector Público (Ley 40/2015).

La Ley 39/2015, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas constituye el primero de estos dos ejes, al establecer una regulación completa y sistemática de las relaciones «*ad extra*» entre las Administraciones y los administrados, tanto en lo referente al ejercicio de la potestad de autotutela y en cuya virtud se dictan actos administrativos que inciden directamente en la esfera jurídica de los interesados, como en lo relativo al ejercicio de la potestad reglamentaria y la iniciativa legislativa. Queda así reunido en cuerpo legislativo único la regulación de las relaciones «*ad extra*» de las Administraciones con los ciudadanos como ley administrativa de referencia que se ha de complementar con todo lo previsto en la normativa presupuestaria respecto de las actuaciones de las Administraciones Públicas, destacando especialmente lo previsto en la Ley Orgánica 2/2012, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera; la Ley 47/2003, General Presupuestaria, y la Ley de Presupuestos Generales del Estado.

El objeto de la Ley 39/2015 es *“regular los requisitos de validez y eficacia de los actos administrativos, el procedimiento administrativo común a todas las Administraciones Públicas, incluyendo el sancionador y el de reclamación de responsabilidad de las Administraciones Públicas, así como los principios a los que se ha de ajustar el ejercicio de la iniciativa legislativa y la potestad reglamentaria”* (art. 1.1).

La Ley se estructura en siete títulos, con el siguiente contenido:

- **TÍTULO PRELIMINAR.**- El título preliminar, de disposiciones generales, aborda el ámbito objetivo y subjetivo de la Ley. Entre sus principales novedades, cabe señalar, la inclusión en el objeto de la Ley, con carácter básico, de los principios que informan el ejercicio de la iniciativa legislativa y la potestad reglamentaria de las AA.PP. Se prevé la aplicación de lo previsto en esta Ley a todos los sujetos comprendidos en el concepto de Sector Público, si bien las Corporaciones de Derecho Público se registrarán por su

TEMA 9.- LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: CONCEPTOS BÁSICOS. DERECHOS Y OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD EN EL TRABAJO. ORGANIZACIÓN DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN. DISTRIBUCIÓN DE FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES EN MATERIA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES ENTRE LOS DIFERENTES ÓRGANOS DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD.

1.- LA LEY 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 Unica, 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

TEMA 10.- NOCIONES BÁSICAS DE LA ASISTENCIA SANITARIA I: LA ATENCIÓN PRIMARIA: LA ZONA BÁSICA DE SALUD, LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y EL CENTRO DE SALUD. LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

1.- LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

1.1.- CONCEPTO

Según definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la atención primaria de salud es la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (Declaración de Alma-Ata, 1978).

El Decreto 174/2010, que aprobó el Reglamento de la Estructura y Funcionamiento de las Áreas y Sectores del Sistema de Salud de Aragón, establece que cada Área de Salud, a través del Sector, se organizará para la provisión de sus servicios en las siguientes líneas asistenciales.

- a) Atención primaria
- b) Atención especializada
- c) Atención sociosanitaria
- d) Atención a la salud mental

La atención primaria es el nivel inicial de atención sanitaria, puerta de entrada para el resto de la oferta sanitaria, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de los itinerarios del paciente. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, de cuidados, así como la rehabilitación básica y el trabajo social.

La Atención Primaria garantizará:

- a) La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.
- b) La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- c) Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.

TEMA 11.- NOCIONES BÁSICAS DE LA ASISTENCIA SANITARIA II: LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA. LOS ÓRGANOS DIRECTIVOS, REGLAMENTO DE ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS HOSPITALES. HOSPITALES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN.

1.- LA ASISTENCIA ESPECIALIZADA

1.1.- ÁMBITO

La atención especializada comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas, de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad cuya naturaleza aconseja que se presten con un mayor nivel de especialización.

Los servicios de Atención Especializada, hospitales y centros médicos de especialidades atienden los procesos que superan las posibilidades de diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria. A través de los recursos de cada sector, la población adscrita recibe atención especializada, programada y urgente, tanto en régimen ambulatorio como hospitalario.

Las diferentes modalidades de prestación de la atención sanitaria especializada comprenden la asistencia ambulatoria especializada en consultas, la asistencia especializada en hospital de día, médico y quirúrgico y la hospitalización en régimen de internamiento. También garantiza el apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz y, en su caso, la hospitalización a domicilio, la indicación y la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, la atención paliativa a enfermos terminales, la atención a la salud mental y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

La atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas, las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquél pueda reintegrarse en dicho nivel.

El acceso a los servicios de atención especializada se realizará a instancia de la Atención Primaria, exceptuándose en todo caso las situaciones de urgencia y los casos que excepcionalmente se determinen. Así, las diferentes vías de acceso son:

-Acceso a las consultas externas del hospital o del centro médico de especialidades: Se puede acceder a través del médico de Atención Primaria de un Centro de Salud, de otro facultativo especialista que desea una interconsulta o ser remitido desde el Servicio de Urgencias del hospital.

-Acceso al Servicio de Urgencias hospitalario: El paciente puede ser remitido por un médico de Atención Primaria, por un facultativo del 061 o acudir por propia iniciativa en caso de urgencia vital.

-Acceso a un Hospital: Para ingresar en el hospital el paciente deberá ser remitido desde un Servicio de Urgencias hospitalario, mediante ingreso programado por un facultativo del centro o trasladado desde otro centro asistencial.

TEMA 12.- LA ATENCIÓN AL USUARIO. EL DERECHO A LA INFORMACIÓN Y LA CONFIDENCIALIDAD. LA TARJETA SANITARIA.

1.- LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

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. El Servicio Aragonés de Salud, como principal Organismo responsable de la provisión de los servicios sanitarios públicos en Aragón, 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.

INTRODUCCIÓN: LAS FUNCIONES DEL CELADOR.

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 13.- 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.- FUNCIONES DE VIGILANCIA

Las funciones de vigilancia de los Celadores se concretan en las siguientes actividades:

- Vigilarán las entradas al centro sanitario, no permitiendo el acceso a sus dependencias más que a las personas autorizadas, conforme a las instrucciones recibidas.
- Se encargarán de la vigilancia nocturna tanto del interior como del exterior de los recintos hospitalarios.
- Comprobarán que las puertas de los edificios sanitarios complementarios se encuentren debidamente cerradas.
- Tendrán a su cargo las luces del edificio, apagando las que no sean necesarias y encendiendo las correspondientes.
- También se encargarán de la vigilancia de los aparcamientos de los centros hospitalarios.
- Vigilarán las distintas entradas de las instituciones.
- Controlarán el acceso a las distintas estancias por parte de los familiares de los enfermos.
- También serán los encargados de controlar el paso de aquellas personas que aun trabajando en el centro hospitalario, no formen parte de las zonas a las que quieren acceder. A estas personas se les procederá a controlar pidiéndoles su identificación. Puede ser el caso -por ejemplo- de los repartidores que acuden a los hospitales, los mensajeros, carteros...
- Velarán continuamente por conseguir el mayor orden y silencia posible en todas las dependencias.
- Cuidarán, al igual que el resto del personal, de que los enfermos no hagan uso indebido de los enseres y ropa del centro, evitando su deterioro e instruyéndoles en el uso.
- Serán los responsables de avisar a sus superiores de cualquier anomalía o desperfecto que puedan observar.
- Comprobarán que el personal que se encuentre en el interior del recinto de las instituciones estén debidamente autorizados para encontrarse en su interior. Podrán pedir que abandonen la zona a toda aquella persona que no se encuentre provista del correspondiente justificante.

TEMA 14.- EL CELADOR EN SU RELACIÓN CON LOS ENFERMOS. TRASLADO Y MOVILIDAD DE LOS PACIENTES. TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN DE PACIENTES. 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 15.- NORMAS DE ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LOS QUIRÓFANOS. NORMAS DE HIGIENE. LA ESTERILIZACIÓN.

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:

TEMA 16.- 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 17.- LOS SUMINISTROS. SUMINISTROS INTERNOS Y EXTERNOS. RECEPCIÓN Y ALMACENAMIENTO DE MERCANCÍAS. ORGANIZACIÓN DEL ALMACÉN. DISTRIBUCIÓN DE PEDIDOS.

1.- LOS SUMINISTROS: 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.).

1.1.- 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 18.- 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 19.- 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.

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 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 20.- CONCEPTO DE INFECCIÓN INTRA HOSPITALARIA. 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 está en el paciente, sino fuera de él), 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)

ANEXO I:

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

ANEXO II:

GLOSARIO DE TÉRMINOS