



**TEMARIO CELADORES**  
**Servicio Madrileño de Salud - SERMAS**  
Ed. 2018



TEMARIO CELADORES  
SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD (SERMAS)  
Ed. 2018

© 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*

*Prohibida su reproducción total o parcial  
sin permiso escrito de TEMA DIGITAL, S.L.*

## TEMARIO

Tema 1.- El derecho a la protección de la salud en la Constitución española de 1978. El Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid: La Asamblea, el Presidente y el Gobierno. La Administración autonómica: Organización y estructura básica de las Consejerías.

Tema 2.- La Ley 14/1986, General de Sanidad. El Sistema Nacional de Salud y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. El Área de Salud.

Tema 3.- Ley 12/2001, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid: Derechos y deberes de los ciudadanos.

Tema 4.- La ley 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género: principios rectores, medidas de sensibilización, prevención y detección en el ámbito sanitario; derechos de las funcionarias públicas. Ley Orgánica 3/2007, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres: objeto y ámbito de la ley; Integración del principio de igualdad en la política de salud; modificaciones de la Ley General de Sanidad.

Tema 5.- Las modalidades de la asistencia sanitaria: La Atención Primaria de la Salud, Equipos de Atención Primaria, El centro de Salud. La asistencia hospitalaria. El área sanitaria. Los hospitales y los centros de especialidades.

Tema 6.- Ley 11/2017, de Buen gobierno y Profesionalización de la gestión de los centros y organizaciones sanitarias del Servicio Madrileño de Salud.

Tema 7.- Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica: El derecho de información sanitaria. El derecho a la intimidad. El respeto a la autonomía del paciente. La historia clínica. El consentimiento informado. La tarjeta sanitaria.

Tema 8.- Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud: Clasificación del personal. Derechos y deberes. Adquisición y pérdida de la condición de personal estatutario. Régimen disciplinario.

Tema 9.- Prevención de riesgos laborales. La Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos laborales: derechos y obligaciones; consulta y participación de los trabajadores. Prevención de riesgos laborales específicos de la categoría. Especial referencia a la manipulación manual de cargas y al riesgo biológico, medidas de prevención. Ergonomía: métodos de movilización de enfermos e incapacitados.

Tema 10.- El personal subalterno: Funciones del Celador y del Jefe de Personal Subalterno. Funciones de vigilancia. Su relación con los familiares de los enfermos. Funciones de asistencia al personal sanitario facultativo y no facultativo.

Tema 11.- Unidades de competencia previstas en el Real Decreto 1790/2011: el Celador en su relación con los enfermos: Traslado y movilidad de los mismos. Técnicas de movilización de pacientes. Actuación en la UVI. Normas de actuación en los quirófanos. Normas de higiene. Actuación en las habitaciones de los enfermos y las estancias comunes.

Tema 12.- Unidades de competencia previstas en el Real Decreto 1790/2011: actuación del Celador en relación con los pacientes fallecidos. Actuación en las salas de autopsias y los mortuorios.

Tema 13.- Unidades de competencia previstas en el Real Decreto 1790/2011: los suministros. Suministros internos y externos. Recepción y almacenamiento de mercancías. Organización del almacén. Distribución de pedidos.

Tema 14.- Unidades de competencia previstas en el Real Decreto 1790/2011: la farmacia. El animalario. El traslado de documentos y objetos. La esterilización. La higiene personal. Unidades de psiquiatría. La actuación del Celador en relación al enfermo mental.

Tema 15.- Unidades de competencia previstas en el Real Decreto 1790/2011: la organización de las urgencias. La actuación del Celador en la entrada de urgencias.

-o-o-o0o-o-o-

# **TEMA 1.- EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA DE 1978. EL ESTATUTO DE AUTONOMÍA DE LA COMUNIDAD DE MADRID: LA ASAMBLEA, EL PRESIDENTE Y EL GOBIERNO. LA ADMINISTRACIÓN AUTONÓMICA: ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA BÁSICA DE LAS CONSEJERÍAS.**

## **1.- EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN LA CONSTITUCIÓN**

La Constitución Española de 1978 dedica su art. 43 a la protección de la salud:

*“1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.*

*2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.*

*3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio”.*

Por su parte, en su art. 41 establece un régimen público de Seguridad Social:

*“Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres”.*

El Título VIII diseña una nueva organización territorial del Estado que posibilita la asunción por las Comunidades Autónomas de competencias en materia de sanidad, reservando para el Estado la sanidad exterior, la regulación de las bases y la coordinación general de la sanidad y la legislación sobre productos farmacéuticos. Al amparo de las previsiones constitucionales y de los respectivos Estatutos de Autonomía, todas las Comunidades Autónomas han asumido paulatinamente competencias en materia de sanidad.

Además, el art. 51 establece que los poderes públicos garantizarán la defensa de los consumidores y usuarios, protegiendo, mediante procedimientos eficaces, la seguridad, la salud y los legítimos intereses económicos de los mismos. Y el art. 50 encomienda también a los poderes públicos la promoción del bienestar de la tercera edad mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.

## **2.- EL ESTATUTO DE AUTONOMÍA DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

### **2.1.- INTRODUCCIÓN**

El proceso por el que Madrid accedió a su autonomía está rodeado de características singulares que le diferencian en gran medida del que han seguido el resto de las Comunidades Autónomas.

## **TEMA 2.- LA LEY 14/1986, GENERAL DE SANIDAD. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y LOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS. EL ÁREA DE SALUD.**

### **1.- LA LEY GENERAL DE SANIDAD: INTRODUCCIÓN**

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (en adelante LGS) 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.

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

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

## TEMA 3.- LEY 12/2001, DE ORDENACIÓN SANITARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID: DERECHOS Y DEBERES DE LOS CIUDADANOS.

### 1.- LA LEY DE ORDENACIÓN SANITARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

La Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, tiene por objeto la ordenación sanitaria en la Comunidad de Madrid, así como la regulación general de todas las acciones que permitan, a través de la constitución del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, hacer efectivo el derecho a la protección de la salud previsto en el artículo 43 de la Constitución Española, en su ámbito territorial y en el marco de las competencias que le atribuyen los artículos 27 y 28 de su Estatuto de Autonomía. Consta de 149 artículos distribuidos en 13 Títulos, con la siguiente estructura:

#### Preámbulo

- TÍTULO I. Disposiciones generales
- TÍTULO II. Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid

CAPÍTULO I. Disposiciones generales

CAPÍTULO II. Ordenación del Sistema

CAPÍTULO III. Dirección y financiación del sistema sanitario

CAPÍTULO IV. Las actuaciones de la Administración Sanitaria

CAPÍTULO V. Régimen de impugnación de los actos, responsabilidad, representación y defensa en juicio

- TÍTULO III. De la iniciativa privada sanitaria

CAPÍTULO I. Principios generales

CAPÍTULO II. De las organizaciones sanitarias

- TÍTULO IV. Derechos y deberes de los ciudadanos

CAPÍTULO I. Derechos y deberes de los ciudadanos

CAPÍTULO II. Agencias sanitarias

CAPÍTULO III. Del Defensor del Paciente

- TÍTULO V. De la participación social, institucional y civil

CAPÍTULO I. De la participación en general

CAPÍTULO II. De la participación ciudadana

CAPÍTULO III. El Consejo de Salud de la Comunidad de Madrid

CAPÍTULO IV. De los Consejos de Salud de las Áreas Sanitarias

CAPÍTULO V. El Consejo de Seguridad e Higiene Alimentaria

CAPÍTULO VI. Investigac. en ciencias de la salud, innovac. tecnológica sanitaria y promoción de la salud

## **TEMA 4.- LA LEY ORGÁNICA 1/2004, DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN INTEGRAL CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO: PRINCIPIOS RECTORES, MEDIDAS DE SENSIBILIZACIÓN, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO; DERECHOS DE LAS FUNCIONARIAS PÚBLICAS. LEY ORGÁNICA 3/2007, PARA LA IGUALDAD EFECTIVA DE MUJERES Y HOMBRES: OBJETO Y ÁMBITO DE LA LEY; INTEGRACIÓN DEL PRINCIPIO DE IGUALDAD EN LA POLÍTICA DE SALUD; MODIFICACIONES DE LA LEY GENERAL DE SANIDAD.**

### **1.- LA LEY ORGÁNICA 1/2004, DE VIOLENCIA DE GÉNERO**

#### **1.1.- ASPECTOS GENERALES DE LA LEY**

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, pretende atender a las recomendaciones de los organismos internacionales en el sentido de proporcionar una respuesta global a la violencia que se ejerce sobre las mujeres.

El ámbito de la Ley abarca tanto los aspectos preventivos, educativos, sociales, asistenciales y de atención posterior a las víctimas, como la normativa civil que incide en el ámbito familiar o de convivencia donde principalmente se producen las agresiones, así como el principio de subsidiariedad en las Administraciones Públicas. Igualmente se aborda con decisión la respuesta punitiva que deben recibir todas las manifestaciones de violencia que esta Ley regula.

La Ley establece medidas de sensibilización e intervención en el ámbito educativo. Se refuerza, con referencia concreta al ámbito de la publicidad, una imagen que respete la igualdad y la dignidad de las mujeres. Se apoya a las víctimas a través del reconocimiento de derechos como el de la información, la asistencia jurídica gratuita y otros de protección social y apoyo económico. Proporciona por tanto, una respuesta legal integral que abarca tanto las normas procesales, creando nuevas instancias, como normas sustantivas, penales y civiles, incluyendo la debida formación de los operadores sanitarios, policiales y jurídicos responsables de la obtención de pruebas y de la aplicación de la ley.

Las situaciones de violencia sobre la mujer afectan también a los menores que se encuentran dentro de su entorno familiar, víctimas directas o indirectas de esta violencia. La Ley contempla también su protección no sólo para la tutela de los derechos de los menores, sino para garantizar de forma efectiva las medidas de protección adoptadas respecto de la mujer.

#### **1.2.- NOVEDADES DE LA LEY**

Se establecen medidas de sensibilización, prevención y detección e intervención en diferentes ámbitos:

- **Educación:** Se especifican las obligaciones del sistema para la transmisión de valores de respeto a la dignidad de las mujeres y a la igualdad entre hombres y mujeres. En la Educación Secundaria se incorpo-

## **TEMA 5.- LAS MODALIDADES DE LA ASISTENCIA SANITARIA: LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA, EL CENTRO DE SALUD. LA ASISTENCIA HOSPITALARIA. EL ÁREA SANITARIA. LOS HOSPITALES Y LOS CENTROS DE ESPECIALIDADES.**

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

El artículo 43 de la Constitución Española reconoce el derecho a la protección de la salud y establece que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

El Sistema Nacional de Salud se organiza en dos entornos o niveles asistenciales: Atención Primaria y Atención Especializada, en los que el acceso espontáneo de los ciudadanos y la complejidad tecnológica se encuentran en relación inversa:

- La Atención Primaria pone a disposición de la población una serie de servicios básicos en una isócrona de 15 minutos desde cualquier lugar de residencia. Los dispositivos asistenciales principales son los centros de salud, donde trabajan equipos multidisciplinares integrados por médicos de familia, pediatras, personal de enfermería y personal administrativo, pudiendo disponer también de trabajadores sociales, matronas y fisioterapeutas. Dada su disposición en el entramado de la comunidad, se encomienda a este nivel las tareas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad. Como máxima expresión de accesibilidad y equidad en el acceso, la Atención Primaria llega físicamente hasta el domicilio del ciudadano cuando es necesario.
- La Atención Especializada se presta en centros de especialidades y hospitales, de manera ambulatoria o en régimen de ingreso. Tras el proceso asistencial, el paciente y la información clínica correspondiente retornan nuevamente al médico de Atención Primaria quien, por disponer del conjunto de los datos de su biografía sanitaria, garantiza la visión clínica y terapéutica global. Ello permite que la continuidad de los cuidados siga caracterizada por la equidad, independientemente del lugar de residencia y de las circunstancias individuales de autonomía, dado que la atención llega hasta el propio domicilio del paciente.

La Ley General de Sanidad reconoció que el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva, reconociendo los siguientes niveles asistenciales mencionados:

- La atención primaria integral de la salud, incluyendo, además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad.
- La asistencia sanitaria especializada, que incluye la asistencia domiciliaria, la hospitalización y la rehabilitación.

## **TEMA 6.- LEY 11/2017, DE BUEN GOBIERNO Y PROFESIONALIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE LOS CENTROS Y ORGANIZACIONES SANITARIAS DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD.**

### **INTRODUCCIÓN**

La Ley 11/2017, de 22 de diciembre, de Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión de los Centros y Organizaciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud, consta de 25 artículos distribuidos en cinco capítulos:

- El Capítulo Primero, de disposiciones generales, determina el objeto de la Ley y su ámbito de aplicación, así como define las organizaciones del Servicio Madrileño de Salud.
- El Capítulo II regula los órganos colegiados de gobierno y gestión de los centros y organizaciones, dividido en dos secciones: Juntas de Gobierno y órganos de dirección. En esta última sección se regulan los aspectos esenciales del ejercicio de la función directiva, estableciendo, de forma expresa, la figura del directivo sanitario profesional así como un procedimiento de selección del mismo fundado en los principios de mérito y capacidad y un sistema de evaluación del desempeño que valore su actividad.
- El Capítulo III aborda los órganos de asesoramiento y participación de los profesionales en el mecanismo de toma de decisiones que afecten a sus actividades y aquellos órganos de carácter técnico de asesoramiento e informe. Asimismo, la participación ciudadana y de los agentes sociales.
- El Capítulo IV se dedica a los instrumentos de buen gobierno, con especial referencia a la transparencia, el acceso a la información en sus actuaciones, la ética y buen gobierno de los centros, que incluyen la aprobación de un Código de Transparencia, Ética y Buen Gobierno para los centros sanitarios.
- Finalmente el Capítulo V entiende de la autonomía de gestión y capacidad de innovación para los centros y las organizaciones sanitarias del Servicio Madrileño de Salud.

La Ley contiene dos disposiciones adicionales, que regulan el acceso y la formación de los profesionales de gestión y servicios y el reconocimiento de méritos en el desempeño de funciones directivas y de gestión clínica por el personal sanitario.

La disposición transitoria salvaguarda los nombramientos de los directivos que desempeñen sus puestos en el momento de entrada en vigor de la Ley, sin perjuicio de evaluar su desempeño.

Las disposiciones finales, en número de tres, prevén el desarrollo reglamentario, la habilitación presupuestaria y la entrada en vigor.

## **TEMA 7.- LEY 41/2002, BÁSICA REGULADORA DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y DE DERECHOS Y OBLIGACIONES EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA: EL DERECHO DE INFORMACIÓN SANITARIA. EL DERECHO A LA INTIMIDAD. EL RESPETO A LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE. LA HISTORIA CLÍNICA. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO. LA TARJETA SANITARIA.**

### **1.- LA LEY 41/2002: INTRODUCCIÓN**

La importancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales se pone de manifiesto al constatar el interés que han demostrado por los mismos casi todas las organizaciones internacionales con competencia en la materia. Ya desde el fin de la Segunda Guerra Mundial, organizaciones como Naciones Unidas, UNESCO o la Organización Mundial de la Salud, o, más recientemente, la Unión Europea o el Consejo de Europa, entre muchas otras, han impulsado declaraciones o, en algún caso, han promulgado normas jurídicas sobre aspectos genéricos o específicos relacionados con esta cuestión. En este sentido, es necesario mencionar la trascendencia de la Declaración universal de derechos humanos, del año 1948, que ha sido el punto de referencia obligado para todos los textos constitucionales promulgados posteriormente o, en el ámbito más estrictamente sanitario, la Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa, promovida el año 1994 por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, aparte de múltiples declaraciones internacionales de mayor o menor alcance e influencia que se han referido a dichas cuestiones.

Últimamente, cabe subrayar la relevancia especial del Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina), suscrito el día 4 de abril de 1997, el cual ha entrado en vigor en el Reino de España el 1 de enero de 2000. Dicho Convenio es una iniciativa capital: en efecto, a diferencia de las distintas declaraciones internacionales que lo han precedido, es el primer instrumento internacional con carácter jurídico vinculante para los países que lo suscriben. Su especial valía reside en el hecho de que establece un marco común para la protección de los derechos humanos y la dignidad humana en la aplicación de la biología y la medicina. El Convenio trata explícitamente, con detenimiento y extensión, sobre la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes, entre los cuales resaltan el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas, persiguiendo el alcance de una armonización de las legislaciones de los diversos países en estas materias.

### **2.- PRINCIPIOS GENERALES**

Ámbito de aplicación.- La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica.

## **TEMA 8.- ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD: CLASIFICACIÓN DEL PERSONAL. DERECHOS Y DEBERES. ADQUISICIÓN Y PÉRDIDA DE LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO. RÉGIMEN DISCIPLINARIO.**

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

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.

Si bien el personal funcionario y laboral ha visto sus respectivos regímenes jurídicos actualizados tras la promulgación de la Constitución Española, no ha sucedido así respecto al personal estatutario que, sin perjuicio de determinadas modificaciones normativas puntuales, viene en gran parte regulado por estatutos preconstitucionales. Resulta, pues, necesario actualizar y adaptar el régimen jurídico de este personal, tanto en lo que se refiere al modelo del Estado Autonómico como en lo relativo al concepto y alcance actual de la asistencia sanitaria.

## **TEMA 9.- PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES. LA LEY 31/1995, DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: DERECHOS Y OBLIGACIONES; CONSULTA Y PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES ESPECÍFICOS DE LA CATEGORÍA. ESPECIAL REFERENCIA A LA MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS Y AL RIESGO BIOLÓGICO, MEDIDAS DE PREVENCIÓN. ERGONOMÍA: MÉTODOS DE MOVILIZACIÓN DE ENFERMOS E INCAPACITADOS.**

### **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.- EL PERSONAL SUBALTERNO: FUNCIONES DEL CELADOR Y DEL JEFE DE PERSONAL SUBALTERNO. FUNCIONES DE VIGILANCIA. SU RELACIÓN CON LOS FAMILIARES DE LOS ENFERMOS. FUNCIONES DE ASISTENCIA AL PERSONAL SANITARIO FACULTATIVO Y NO FACULTATIVO.**

### **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 (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:

## **TEMA 11.- UNIDADES DE COMPETENCIA PREVISTAS EN EL REAL DECRETO 1790/2011: EL CELADOR EN SU RELACIÓN CON LOS ENFERMOS: TRASLADO Y MOVILIDAD DE LOS MISMOS. TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN DE PACIENTES. ACTUACIÓN EN LA UVI. NORMAS DE ACTUACIÓN EN LOS QUIRÓFANOS. NORMAS DE HIGIENE. ACTUACIÓN EN LAS HABITACIONES DE LOS ENFERMOS Y LAS ESTANCIAS COMUNES.**

### **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 12.- UNIDADES DE COMPETENCIA PREVISTAS EN EL REAL DECRETO 1790/2011: ACTUACIÓN DEL CELADOR EN RELACIÓN CON LOS PACIENTES FALLECIDOS. ACTUACIÓN EN LAS SALAS DE AUTOPSIAS Y LOS MORTUORIOS.**

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

#### **1.1.- EL FALLECIMIENTO**

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

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

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

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

#### **1.2.- AMORTAJAMIENTO**

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

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

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

## **TEMA 13.- UNIDADES DE COMPETENCIA PREVISTAS EN EL REAL DECRETO 1790/2011: LOS SUMINISTROS. SUMINISTROS INTERNOS Y EXTERNOS. RECEPCIÓN Y ALMACENAMIENTO DE MERCANCÍAS. ORGANIZACIÓN DEL ALMACÉN. DISTRIBUCIÓN DE PEDIDOS.**

### **1.- LOS SUMINISTROS. SUMINISTROS INTERNOS Y EXTERNOS**

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 14.- UNIDADES DE COMPETENCIA PREVISTAS EN EL  
REAL DECRETO 1790/2011: LA FARMACIA. EL ANIMALARIO.  
EL TRASLADO DE DOCUMENTOS Y OBJETOS. LA ESTERILIZACIÓN.  
LA HIGIENE PERSONAL. UNIDADES DE PSIQUIATRÍA.  
LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN RELACIÓN AL ENFERMO MENTAL.**

## **1.- LA FARMACIA**

### **1.1.- LOS SERVICIOS DE FARMACIA HOSPITALARIA**

Sin perjuicio de la responsabilidad que todos los profesionales sanitarios tienen en el uso racional de los medicamentos, los hospitales deberán disponer de servicios o unidades de farmacia hospitalaria con arreglo a las condiciones mínimas establecidas legalmente (especialmente en la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios). Los hospitales del más alto nivel y aquellos otros que se determinen deberán disponer de servicios o unidades de Farmacología Clínica.

Los servicios de farmacia hospitalaria estarán bajo la titularidad y responsabilidad de un farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria.

Las Administraciones sanitarias con competencias en ordenación farmacéutica realizarán tal función en la farmacia hospitalaria manteniendo los siguientes criterios:

- a) Fijación de requerimientos para su buen funcionamiento, acorde con las funciones establecidas.
- b) Que las actuaciones se presten con la presencia y actuación profesional del o de los farmacéuticos necesarios para una correcta asistencia.
- c) Los farmacéuticos de las farmacias hospitalarias deberán haber cursado los estudios de la especialidad correspondiente.

Los hospitales que no cuenten con servicios farmacéuticos deberán solicitar de las comunidades autónomas autorización para, en su caso, mantener un depósito de medicamentos bajo la supervisión y control de un farmacéutico. Las condiciones, requisitos y normas de funcionamiento de tales depósitos serán determinadas por la autoridad sanitaria competente.

Para contribuir al uso racional de los medicamentos las unidades o servicios de farmacia hospitalaria realizarán las siguientes funciones:

- a) Garantizar y asumir la responsabilidad técnica de la adquisición, calidad, correcta conservación, cobertura de las necesidades, custodia, preparación de fórmulas magistrales o preparados oficinales y dispensación de los medicamentos precisos para las actividades intrahospitalarias y de aquellos otros para tratamientos extrahospitalarios.

## **TEMA 15.- UNIDADES DE COMPETENCIA PREVISTAS EN EL REAL DECRETO 1790/2011: LA ORGANIZACIÓN DE LAS URGENCIAS. LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA ENTRADA DE URGENCIAS.**

### **1.- LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS**

#### **1.1.- CONCEPTOS GENERALES**

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

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.

## **ANEXO I:**

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

## **ANEXO II:**

# **GLOSARIO DE TÉRMINOS**