



TEMARIO CELADORES

Servicio Extremeño de Salud

Ed. 2021



TEMARIO
CELADORES
SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD (SES)
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

PROGRAMA DE MATERIAS COMUNES

Tema 1.- La Constitución Española de 1978: Características y estructura. Título Preliminar. Los derechos y deberes fundamentales.

Tema 2.- El Estatuto de Autonomía de Extremadura: Antecedentes, estructura y contenido. Título Preliminar. Las competencias de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Las Instituciones de Extremadura.

Tema 3.- El Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de Salud: Normas generales. Clasificación del personal estatutario. Derechos y deberes. Adquisición y pérdida de la condición de personal estatutario fijo.

Tema 4.- Ley de Salud de Extremadura: Objeto, ámbito y principios rectores. El Sistema Sanitario Público de Extremadura. Los Estatutos del Organismo Autónomo Servicio Extremeño de Salud.

PROGRAMA DE MATERIAS ESPECÍFICAS

Tema 1.- 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. 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 Extremadura.

Tema 2.- El personal subalterno: Funciones del Celador. Funciones de vigilancia. Actuaciones del celador con los familiares de los enfermos.

Tema 3.- Actuación en las habitaciones de los enfermos y las estancias comunes. Aseo del paciente.

Tema 4.- El Celador en su relación con los enfermos: Traslado y movilidad de los mismos. Técnicas de movilización de pacientes. Actuación en la UCI.

Tema 5.- Normas de actuación en los quirófanos. Normas de higiene. La Esterilización.

Tema 6.- Actuación del Celador en relación con los pacientes fallecidos. Actuación en las salas de autopsias y los mortuorios.

Tema 7.- La actuación del celador en relación al enfermo mental. La actuación del celador en unidades hospitalarias de urgencias y emergencias. Funciones del celador en Atención Primaria y en Atención Continuada. Acompañamiento de enfermos en ambulancia. Traslado de documentos y objetos, traslado de documentación sanitaria.

Tema 8.- Redes informáticas: Conceptos generales. Correo web y programas de correo electrónico más utilizados: Uso y manejo del correo electrónico. Nociones Básicas sobre paquete office.

Tema 9.- El celador almacenero. Recepción y almacenamiento de mercancías. Organización del almacén. Distribución de pedidos. Actuación del Celador en la farmacia.

Tema 10.- Ley de Prevención de Riesgos Laborales: objeto, ámbito de aplicación y definiciones. Derechos y Obligaciones.

Tema 11.- Ley de Igualdad entre Mujeres y Hombres y contra la Violencia de Género en Extremadura: Disposiciones Generales. Integración de la perspectiva de género en las Políticas Públicas. Ley de régimen jurídico del sector público: el funcionamiento electrónico del sector público.

ANEXO I: MATERIALES Y EQUIPAMIENTO

ANEXO II: GLOSARIO DE TÉRMINOS

-o-o-o0o-o-o-

TEMA 1.- LA CONSTITUCIÓN: CARACTERÍSTICAS Y ESTRUCTURA. TÍTULO PRELIMINAR. LOS DERECHOS Y DEBERES FUNDAMENTALES.

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 DE EXTREMADURA: ANTECEDENTES, ESTRUCTURA Y CONTENIDO. TÍTULO PRELIMINAR. LAS COMPETENCIAS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA. LAS INSTITUCIONES DE EXTREMADURA.

1.- EL ESTATUTO DE AUTONOMÍA DE EXTREMADURA

1.1.- ANTECEDENTES

- Régimen preautonómico

La aprobación del régimen preautonómico para Extremadura, establecido por Real Decreto Ley 19/1978, de 13 de junio, creaba la Junta Regional de Extremadura como ente preautonómico de la Región, dotado de personalidad jurídica, con ámbito territorial en los municipios de las provincias de Cáceres y Badajoz y cuyas instituciones regionales tenían carácter provisional, hasta tanto se constituyeran los órganos autonómicos de acuerdo con lo que estableciera la Constitución.

El Real Decreto Ley 19/1978, desarrollado mediante Decreto 1518/1978, de 13 de junio, del Consejo de Ministros, dio satisfacción al deseo, expresado por las fuerzas parlamentarias de Extremadura en su reiterada manifestación y aspiración, de poder contar con instituciones propias dentro de la unidad de España, aún de forma provisional y antes de que se promulgara la Constitución.

El 30 de diciembre de 1978, el Ministro para las Relaciones con las Regiones, se reunió con miembros de la Junta Regional de Extremadura para la constitución de la Comisión Mixta encargada de las transferencias de competencias desde la Administración Central a la Administración Autonómica. Será a partir del 21 de diciembre de 1979 cuando empezaron a materializarse las primeras transferencias.

La inicial discusión sobre la vía constitucional a seguir para el acceso a la autonomía de la región extremeña quedó zanjada por los acuerdos autonómicos que establecieron -a excepción hecha de Cataluña, País Vasco, Galicia y Andalucía- a través de la vía del artículo 143 de la Constitución para los restantes Entes preautonómicos. En el marco de dichas acuerdos, el 12 de Mayo de 1980 la Junta Regional acuerda iniciar el proceso autonómico para la elaboración del Estatuto de Autonomía, para lo cual es convocada la Asamblea integrada por los miembros de las Diputaciones y los Diputados y Senadores de la región, en el seno de la cual se constituye una Comisión redactora que elaboraría un Anteproyecto de Estatuto. Será el 12 de diciembre de 1981 cuando se apruebe, en la ciudad de Mérida, por la Asamblea de Parlamentarios, el Proyecto de Estatuto de Autonomía para Extremadura.

En su conjunto, el texto del proyecto de Estatuto, no suscitó importante desacuerdos en su tramitación parlamentaria ante las Cortes Generales, aprobándose, como Ley Orgánica, con 228 votos a favor, 3 en contra y 72 abstenciones, en sesión nº 13 del Congreso de los Diputados, celebrada el 25 de febrero de 1983.

El 8 de mayo de 1983 se celebran las primeras elecciones a la Asamblea de Extremadura.

TEMA 3.- EL ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD: NORMAS GENERALES. CLASIFICACIÓN DEL PERSONAL ESTATUTARIO. DERECHOS Y DEBERES. ADQUISICIÓN Y PÉRDIDA DE LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO.

1.- EL ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO

1.- INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

El principio de libre circulación y la posibilidad de movilidad del personal en todo el Sistema Nacional de Salud, se consagra en el capítulo VII. Esta movilidad general, básica para dotar al Sistema Nacional de Salud de cohesión y coordinación, es también un mecanismo para el desarrollo del personal, que se complementa

TEMA 4.- LEY DE SALUD DE EXTREMADURA: OBJETO, ÁMBITO Y PRINCIPIOS RECTORES. EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE EXTREMADURA. LOS ESTATUTOS DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD.

1.- LA LEY DE SALUD DE EXTREMADURA

1.1.- INTRODUCCIÓN

La Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, tiene como finalidad la atención sanitaria al ciudadano. Para ello, establece un nuevo marco de ordenación específico para la sanidad pública extremeña, flexible, generador de innovaciones, motivador para todos los trabajadores de la salud y adaptable a los constantes cambios que demanda la sociedad extremeña. En la Ley 10/2001 destacan:

- 1) la constitución y ordenación del Sistema Sanitario Público de Extremadura, en el que se integra y articula funcionalmente el conjunto de actividades y prestaciones que, conforme al Plan de Salud de Extremadura, son desarrolladas por organizaciones y personas públicas en Extremadura, y que tiene por objetivo la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de salud;
- 2) la regulación general de cuantas actividades, servicios y prestaciones, públicos o privados, determinen la efectividad del derecho constitucional de la protección de la salud; y
- 3) la creación y organización del Servicio Extremeño de Salud, que comprende, bajo la dirección, supervisión y control de la Junta de Extremadura, las actividades y los servicios y las prestaciones directamente asumidos establecidos y desarrollados por la Administración de la Comunidad Autónoma en el triple campo de la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad, la asistencia sanitaria y rehabilitación funcional.

La Ley otorga una nueva estructuración del sistema sanitario de la Comunidad Autónoma de Extremadura, con separación de la autoridad sanitaria y la provisión de servicios, reservándose la primera a la Consejería responsable en materia sanitaria, y la segunda al Servicio Extremeño de Salud, como ente responsable de la gestión y prestación de la asistencia sanitaria y de los servicios públicos que lo integran.

La Ley de Salud de Extremadura consta de un Título Preliminar y cinco Títulos, con la siguiente estructura:

[Preámbulo]

- TÍTULO PRELIMINAR. Objeto, ámbito y principios rectores
- TÍTULO I. El Sistema Sanitario Público de Extremadura

TEMA 1.- 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. 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 EXTREMADURA.

1.- LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EXTREMADURA

1.1.- CONCEPTO Y REGULACIÓN GENERAL

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).

La atención primaria es el primer nivel de asistencia sanitaria. Los centros de salud son el primer lugar adonde debe acudir cuando se tiene un problema de salud. El equipo de atención primaria de cada centro de salud comprende personal médico y de enfermería cualificado, que deben convertirse en una referencia para la salud de cada usuario.

El modelo organizativo de la Atención Primaria tiene sus orígenes en el Real Decreto 137/1984, sobre estructuras básicas de salud. Esta norma, posteriormente refrendada por la Ley General de Sanidad, sustentó el modelo de la atención primaria sobre unas demarcaciones geográficas específicas: las Zonas Básicas de Salud. En virtud de este proceso de reforma, se procedió a la reordenación de la organización asistencial de la atención primaria mediante la constitución de equipos multidisciplinares ubicados en unas estructuras físicas concretas: los Centros de Salud.

Posteriormente la Ley 14/1986, General de Sanidad, articuló el Sistema Nacional de Salud en dos niveles asistenciales: la atención primaria y la atención especializada, cuya evolución ha seguido cauces distintos en todo lo relativo a su estructura y organización.

Para la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, 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 flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social. Según la Ley 16/2003 la atención primaria comprenderá:

TEMA 2.- EL PERSONAL SUBALTERNO: FUNCIONES DEL CELADOR. FUNCIONES DE VIGILANCIA. ACTUACIONES DEL CELADOR CON LOS FAMILIARES DE LOS ENFERMOS.

1.- LA CATEGORÍA PROFESIONAL DE CELADOR/A

1.1.- INTRODUCCIÓN

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.

En el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura la Resolución de 2 de febrero de 2010 (DOE del 26 de febrero), de la Dirección Gerencia del SES, aprobó la estructura funcional de la plantilla del personal estatutario del Organismo Autónomo, y dentro de la categoría de Celador (Grupo E, Agrupaciones Profesionales) ha reconocido las siguientes denominaciones/funciones específicas:

- Celador de Gerencia
- Celador de Atención Hospitalaria
- Celador de Equipos de Atención Primaria (EAP)
- Celador de Apoyo de Atención Primaria
- Celador del Servicio Normal de Urgencias
- Celador de Atención Continuada

TEMA 3.- ACTUACIÓN EN LAS HABITACIONES DE LOS ENFERMOS Y LAS ESTANCIAS COMUNES. ASEO DEL PACIENTE.

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

1.1.- FUNCIONES

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

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

TEMA 4.- EL CELADOR EN SU RELACIÓN CON LOS ENFERMOS: TRASLADO Y MOVILIDAD DE LOS MISMOS. TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN DE PACIENTES. ACTUACIÓN EN LA UCI.

1.- EL CELADOR EN SU RELACIÓN CON LOS ENFERMOS

1.1.- NORMAS GENERALES DE ACTUACIÓN

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

Ejemplos:

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

1.2.- COMUNICACIÓN

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

TEMA 5.- NORMAS DE ACTUACIÓN EN LOS QUIRÓFANOS. NORMAS DE HIGIENE. LA ESTERILIZACIÓN.

1.- LOS QUIRÓFANOS HOSPITALARIOS

1.1.- EL ÁREA QUIRÚRGICA

El Área Quirúrgica es el conjunto de dependencias donde están ubicados los quirófanos, vestuarios, pasillos, zona de lavado y esterilización. Es una zona de especial riesgo para la transmisión de una infección hospitalaria -nosocomial, por lo que hay que extremar las medidas de higiene.

Se puede dividir en dos zonas claramente diferenciadas: la zona aséptica y la zona séptica.

Atendiendo a las normas de asepsia, el quirófano se divide en áreas con diferente tipo de restricciones en lo referente a la circulación de personal, pacientes y material.

• ZONA SIN LIMITACIONES O NEGRA

Zona sin restricciones, zona sucia.

Se permite el acceso con ropa de calle.

Zona de acceso exterior-interior.

Zona de intercambio, con los vestuarios del personal que trabaja en el área del quirófano.

Zona de descanso de dicho personal.

• ZONA SEMILIMITADA O GRIS

Zona semi-restringida, zona limpia.

El acceso del personal debe ser con uniforme adecuado.

Uso obligatorio de gorro y calzas (primeras prendas de colocación obligatoria para el personal).

En esta zona, a su vez, se encuentran ubicadas las zonas:

- De limpieza y desinfección del instrumental
- De empaquetado para la esterilización
- De descanso del personal
- Los almacenes del quirófano

• ZONA LIMITADA O BLANCA

Zona restringida y estéril, limitada a personal autorizado, para evitar microorganismos ambientales.

Es obligatorio el uso del uniforme adecuado para esta área: gorro, calzas y mascarilla quirúrgica.

En ésta se encuentran ubicados:

TEMA 6.- 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 cardiaca 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 7.- LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN RELACIÓN AL ENFERMO MENTAL. LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN UNIDADES HOSPITALARIAS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS. FUNCIONES DEL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA Y EN ATENCIÓN CONTINUADA. ACOMPAÑAMIENTO DE ENFERMOS EN AMBULANCIA. TRASLADO DE DOCUMENTOS Y OBJETOS, TRASLADO DE DOCUMENTACIÓN SANITARIA.

1.- LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN RELACIÓN AL ENFERMO MENTAL

1.1.- LA ENFERMEDAD MENTAL

Las enfermedades mentales afectan intensamente la calidad de vida de los enfermos y de las personas que los rodean. Durante toda la historia, la locura era lo único catalogado como enfermedad mental y su origen era asignado a fuerzas malignas, cuestiones morales o espirituales. Y fue hasta 1790, cuando los estudios del médico francés Philippe Pinel, llevaron a identificar a la Psiquiatría como una especialidad y a las enfermedades mentales como producto de diversos factores que van desde los orgánicos y funcionales hasta los emocionales.

Muchas clasificaciones se han tratado de hacer desde entonces para ubicar los diferentes trastornos mentales, según las características, orígenes y efectos.

Las enfermedades mentales tienen en común el que las relaciones interpersonales y sociales se ven afectadas y las personas no pueden llevar una vida social adecuada, y su origen puede ser de varios tipos:

- Por problemas genéticos que presenten daño orgánico en alguna zona del cerebro que tiene que ver con el comportamiento y/o aprendizaje humano.
- Por trastornos orgánicos, funcionales o fisiológicos, provocados por diversos factores.
- Por algún problema sufrido en el cerebro, durante el parto.
- Por problemas ambientales, que pueden ser ocasionados por algún contaminante o como resultado de vivencias de situaciones violentas, emocionales, estresantes o traumáticas, sobre todo durante la infancia y adolescencia.
- Como resultado de un estilo de vida que implique situaciones educativas violentas o antisociales.
- Por problemas seniles que van deteriorando y limitando las funciones mentales.
- Por el uso y consumo de drogas o fármacos no recomendados.
- Como consecuencia de accidentes y lesiones cerebrales.

Así, entre los problemas mentales y en función de la gravedad y de su origen se pueden distinguir los ocasionados por daños orgánicos como el retraso mental, las enfermedades psicóticas y las neuróticas.

TEMA 8.- REDES INFORMÁTICAS: CONCEPTOS GENERALES. CORREO WEB Y PROGRAMAS DE CORREO ELECTRÓNICO MÁS UTILIZADOS: USO Y MANEJO DEL CORREO ELECTRÓNICO. NOCIONES BÁSICAS SOBRE PAQUETE OFFICE.

1. CONCEPTOS BÁSICOS DE INFORMÁTICA

Un ordenador es una máquina electrónica que sirve para procesar información digital. La información digital es aquella que puede expresarse en términos de 0 y 1, es decir, en el sistema binario de numeración. Si partimos de una información analógica, como una fotografía en papel, es necesario digitalizarla previamente antes de introducirla en el ordenador; en este caso mediante un escáner.

1.1.- ESQUEMA BÁSICO DE FUNCIONAMIENTO

El funcionamiento básico de un ordenador puede expresarse mediante el siguiente esquema:

1.- Debemos suministrar unos **datos de entrada** al ordenador. Estos datos deben estar en formato digital y podemos suministrárselos de varias formas:

- Desde dispositivos de entrada, como el ratón, el teclado, o un escáner.
- Desde unidades de almacenamiento de datos, como un disco duro, un *pen-drive*, una unidad óptica (CD-ROM o DVD), una memoria *flash*, etc.
- A través de una conexión de red, como una red local o Internet.

2.- El ordenador **procesa** dichos datos de entrada de acuerdo con las **instrucciones** del **programa** que se esté ejecutando en ese momento. El procesamiento de datos puede consistir en realizar cálculos con ellos, o en transferirlos de un lugar a otro. Esta labor la realiza, fundamentalmente, el **microprocesador**, que actúa como Unidad Central de Procesamiento (**CPU**). Pero también intervienen:

- La **memoria RAM**, almacenando temporalmente los datos y las instrucciones.
- La **tarjeta gráfica**, que incluye su propio procesador y su propia memoria RAM.
- El **chipset**, que controla el flujo de datos entre el microprocesador, la tarjeta gráfica y el resto de los dispositivos (monitor, disco duro, etc).

3.- Como consecuencia del procesamiento de los datos por parte del ordenador, éste obtiene un resultado, que llamamos **datos de salida**. Estos datos pueden mostrarse en la pantalla del monitor, enviarse a una impresora, almacenarse en el disco duro, etc.

TEMA 9.- EL CELADOR ALMACENERO. RECEPCIÓN Y ALMACENAMIENTO DE MERCANCÍAS. ORGANIZACIÓN DEL ALMACÉN. DISTRIBUCIÓN DE PEDIDOS. ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA FARMACIA.

1.- RECEPCIÓN Y ALMACENAMIENTO DE MERCANCÍAS. ORGANIZACIÓN DEL ALMACÉN

1.1.- PRODUCTOS Y MERCANCÍAS

A la hora de hablar sobre productos y mercancías susceptibles de ser catalogados es imprescindible realizar una clasificación general del material que existe en una institución sanitaria, según sus características, duración y peligrosidad.

a) Según las características y duración:

- **Material Fungible:** Está caracterizado porque desaparece con el uso o se deteriora, suele ser frágil y tiene una vida corta. Son artículos por lo general desechables (de un solo uso) o bien reutilizables después de una limpieza o esterilización adecuada. Pertenecen a este tipo de material las sondas, bisturí, tijeras, pinzas, material de vidrio, etc.
- **Material Inventariable:** Son aquellos artículos con una vida larga, por lo que tienen un carácter definitivo. Son los que nutren el inventario de un centro. Se refiere al mobiliario en general como: camas, mesitas, lámparas, vitrinas, sillas de ruedas, aparataje y máquinas específicas (Rayos X, Scanner, TAC, etc).

b) Según su peligrosidad: Se clasifican con este criterio los productos que pueden ser susceptibles de ser portadores de infecciones a los paciente:

- **Crítico:** Es el material que requiere una asepsia total, como el instrumental que de manera temporal o definitiva va a permanecer en el interior del organismo: prótesis de cadera, válvulas cardíacas, marcapasos, stent, hilos de sutura, etc.
- **Semicrítico:** Son artículos que deben permanecer desinfectados, aunque no es imprescindible su esterilización, ya que habitualmente no se convierten en vías de transmisión de infecciones. Sin embargo se desinfectan porque son materiales con los que trabaja el personal sanitario (como las bateas).
- **No Crítico:** Son los artículos que deben estar rigurosamente limpios y en la media de lo posible desinfectados. Es un material que no está en contacto directo con el interior del organismo, ni con sus vías de entrada, como la ropa de cama, platos y cubiertos, orinales, etc. No obstante, si estos materiales están en contacto con pacientes infecciosos, deben de ser desinfectados e incluso esterilizados cuidadosamente.

TEMA 10.- LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: OBJETO, ÁMBITO DE APLICACIÓN Y DEFINICIONES. DERECHOS Y OBLIGACIONES.

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

TEMA 11.- LEY DE IGUALDAD ENTRE MUJERES Y HOMBRES Y CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EXTREMADURA: DISPOSICIONES GENERALES. INTEGRACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS. LEY DE RÉGIMEN JURÍDICO DEL SECTOR PÚBLICO: EL FUNCIONAMIENTO ELECTRÓNICO DEL SECTOR PÚBLICO.

1.- LA LEY DE IGUALDAD EN EXTREMADURA

1.1.- INTRODUCCIÓN

La desigualdad de género supone una de las principales barreras en el desarrollo social, político y económico de todas las sociedades. Las especiales circunstancias históricas y las características estructurales de Extremadura han condicionado el ejercicio de los derechos de ciudadanía de las mujeres extremeñas, y la superación de un modelo androcéntrico y sexista de relación entre los sexos.

La superación de esta desigualdad por razón de género ha sido impulsada de manera extraordinaria y ha producido profundos cambios sociales, gracias a la aportación fundamental de los movimientos feministas y de las mujeres y el esfuerzo de todas las personas que desde el anonimato han trabajado en favor de los derechos de las mujeres. Sin embargo, la plena efectividad de la igualdad material necesita aún del esfuerzo de los poderes públicos.

La Ley 8/2011, de 23 de marzo, de Igualdad entre Mujeres y Hombres y contra la Violencia de Género en Extremadura aspira a conseguir la igualdad real y efectiva entre mujeres y hombres, así como erradicar la violencia de género. El principio de igualdad entre mujeres y hombres, así como la expresa prohibición de cualquier tipo de discriminación por razón de sexo y el derecho a la atención integral de las víctimas de violencia de género están recogidos en diferentes normas jurídicas.

La ley contiene 106 artículos y se estructura en un Título Preliminar, seis Títulos, dos disposiciones adicionales, una disposición transitoria, una disposición derogatoria y dos disposiciones finales:

Preámbulo

- TÍTULO PRELIMINAR. Disposiciones generales
- TÍTULO I. Competencias, funciones, organización institucional, coordinación y financiación

CAPÍTULO I. Competencias y funciones

CAPÍTULO II. Organización institucional. Cooperación, coordinación y consulta entre AA.PP.

Sección 1.^a Organismos y unidades de igualdad de la Administración de la Comunidad Autónoma

Sección 2.^a Órganos de cooperación y coordinación

CAPÍTULO III. Financiación

ANEXO I:

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

ANEXO II:

GLOSARIO DE TÉRMINOS