



TEMARIO CELADOR/A
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)
Ed. 2017



TEMARIO - CELADOR/A
SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA (SESCAM)
Ed. 2017

© 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.- La Constitución Española de 1978: Su estructura y contenido. Título Preliminar. Los derechos y deberes fundamentales: Derechos y Libertades. La Igualdad efectiva entre hombres y mujeres. Políticas públicas de Igualdad.

Tema 2.- El Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha: competencias de la Junta de Comunidades. Estructura de la Administración Autonómica.

Tema 3.- Ley General de Sanidad: Estructura del Sistema Sanitario Público: El Sistema Nacional de Salud. Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas El Área de Salud.

Tema 4.- Ley de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha: Competencias de las Administraciones Públicas. El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM): funciones, organización y estructura.

Tema 5.- El Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud (I): Normas generales. Clasificación del personal estatutario. Planificación y ordenación del personal. Derechos y deberes. Adquisición y pérdida de la condición de personal estatuario fijo.

Tema 6.- El Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud (II): Provisión de Plazas, selección y promoción interna. Movilidad del personal. Carrera profesional.

Tema 7.- El Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud (III): Retribuciones. Jornada de trabajo, permisos y licencias. Situaciones del personal estatutario. Régimen disciplinario. Incompatibilidades. Representación, participación y negociación colectiva.

Tema 8.- La Ley de Prevención de Riesgos Laborales: Derechos y obligaciones; Consulta y participación de los trabajadores. Plan Perseo: procedimiento de actuación ante una situación de violencia en el centro de trabajo. Resolución de 26/10/2016, para la aplicación del artículo 13.5 de la Ley Orgánica, de Protección Jurídica del Menor a los profesionales pertenecientes al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

Tema 9.- La atención primaria de salud. La Zona Básica de Salud, los Equipos de Atención Primaria y el Centro de Salud. La atención primaria de urgencias.

Tema 10.- La asistencia especializada. El área sanitaria. Los hospitales y los centros de especialidades. Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales.

Tema 11.- La ley de derechos y deberes en materia de salud en Castilla-La Mancha. La atención al usuario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. La tarjeta individual sanitaria. El derecho a la información y a la confidencialidad. Manejo y traslado de documentación clínica.

Tema 12.- El personal subalterno: Funciones Generales del Celador. Funciones de vigilancia. Funciones de asistencia al personal sanitario facultativo y no facultativo. Actuación en las habitaciones de los enfermos y las estancias comunes. Aseo del paciente. El Jefe de Personal Subalterno y sus funciones.

Tema 13.- El Celador en su relación con los enfermos: Traslado y movilidad de los mismos. Técnicas de movilización de pacientes. Manejo y utilización de material auxiliar: camas, camillas, grúas, sillas, sujeciones y otros.

Tema 14.- Normas de actuación en los quirófanos. Normas de higiene. La Esterilización. Recepción, movilización y traslado de pacientes en urgencias. Criterios de actuación del celador en urgencias frente a traumatismos, heridas, quemaduras y asfixia. Nociones generales sobre primeros auxilios.

Tema 15.- Actuación del Celador en relación con los pacientes fallecidos. Actuación en las salas de autopsias y los mortuorios.

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

ANEXO II: GLOSARIO DE TÉRMINOS

-o-o-o0o-o-o-

TEMA 1.- LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA DE 1978: ESTRUCTURA Y CONTENIDO. TÍTULO PRELIMINAR. LOS DERECHOS Y DEBERES FUNDAMENTALES: DERECHOS Y LIBERTADES. LA IGUALDAD EFECTIVA ENTRE HOMBRES Y MUJERES. POLÍTICAS PÚBLICAS DE IGUALDAD.

1.- LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA DE 1978

1.1.- 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 por la que se creaba una Comisión Constitucional con el encargo de redactar un proyecto de Constitución.

Una vez elaborada y discutida en el Congreso y Senado, mediante Real Decreto 2550/1978 se convocó el Referéndum para la aprobación del Proyecto de Constitución, que tuvo lugar el 6 de diciembre de 1978. 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 representaba 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 grave crisis económica y financiera.

1.2.- ANTECEDENTES

Las múltiples influencias de una Constitución derivada como la española de 1978 -además de aquellas recibidas del propio 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 y 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 CASTILLA-LA MANCHA: COMPETENCIAS DE LA JUNTA DE COMUNIDADES. ESTRUCTURA DE LA ADMINISTRACIÓN AUTONÓMICA.

1.- EL ESTATUTO DE AUTONOMÍA DE CASTILLA-LA MANCHA

1.1.- RÉGIMEN PREAUTONÓMICO E INICIATIVA ESTATUTARIA

El 15 de noviembre de 1978 se publicó en el BOE el Real Decreto-Ley sobre el régimen preautonómico de la Región castellano-manchega, siendo elegido primer presidente preautonómico de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha D. Antonio Fernández-Galiano el 29 de noviembre de 1978, cargo que desempeñó hasta febrero de 1982 en que fue sustituido por D. Gonzalo Payo Subiza.

La Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha se reunió por vez primera el día 11 de diciembre de 1978 en la Iglesia de San Agustín, de Almagro.

Castilla-La Mancha, al ser una Comunidad Autónoma constituida de conformidad con el artículo 143 de la Constitución, debió elaborar su proyecto de Estatuto de Autonomía según establece el art. 146, es decir, por una Asamblea compuesta por los miembros de la Diputación de las provincias afectadas (Albacete, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara y Toledo), y por los Diputados y Senadores elegidos en ellas, siendo posteriormente elevado a las Cortes Generales para su tramitación como Ley.

Efectivamente, la iniciativa para constituirse Castilla-La Mancha en Comunidad Autónoma tiene lugar conforme al referido art. 143.2 de la Constitución, manifestando las cinco Diputaciones Provinciales su acuerdo el día 24 de noviembre de 1980, siendo éste corroborado por 764 municipios (84% de los 915 municipios existentes en la Región), que representaban una población de 1.441.299 habitantes de un total de 1.648.457, por lo que se cumplían ampliamente los requisitos establecidos en el art. 143.2 CE (dos terceras partes de los municipios cuya población represente, al menos, la mayoría del censo electoral de cada provincia). Se opusieron solamente 25 municipios, y otros 126 no se pronunciaron en plazo.

La elaboración del Estatuto de Autonomía tuvo su inicio en Manzanares el 21 de junio de 1981, tras la constitución de la Asamblea formada por 160 representantes, todos ellos miembros de las Diputaciones afectadas, así como los Diputados en el Congreso y Senadores correspondientes a tales provincias (artículo 146 de la CE).

La aprobación del proyecto de Estatuto tuvo lugar en Alarcón el día 3 de diciembre de 1981, y posteriormente se remitió a las Cortes Generales para su tramitación como Ley Orgánica.

Al proyecto se presentaron en el Congreso dos enmiendas de totalidad. La primera, de devolución, presentada por el Grupo Parlamentario Mixto (Sr. Tamames), se motivaba en *“las graves consecuencias que tendría la constitución de una Comunidad Autónoma como la propuesta abarcando la mayor parte del territorio geográfico de la submeseta sur, pero excluyendo de él a la provincia de Madrid”*. La segunda enmienda de

TEMA 3.- LEY GENERAL DE SANIDAD: ESTRUCTURA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO: EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. 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 4.- LEY DE ORDENACIÓN SANITARIA DE CASTILLA-LA MANCHA: COMPETENCIAS DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS. EL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA (SESCAM): FUNCIONES, ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA.

1.- LA LEY DE ORDENACIÓN SANITARIA DE CASTILLA-LA MANCHA

1.- OBJETO Y ESTRUCTURA

La Ley 8/2000, de 30 de Noviembre, de Ordenación sanitaria de Castilla-La Mancha, tiene por objeto hacer efectivo, en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, el derecho de la ciudadanía a la protección de la salud, reconocido en el artículo 43.1 de la Constitución Española, mediante la ordenación sanitaria; delimitar las actuaciones y regular las estructuras que configuran el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha, además de garantizar la participación ciudadana en dicho Sistema.

En síntesis, la Ley 8/2000 consolida un sistema sanitario público, integrado, de cobertura universal, solidario y equitativo que reconoce la importancia de la ciudadanía tanto en la vertebración del propio sistema como en su condición de usuaria del mismo, para lo que se establecen unas estructuras que han de responder con agilidad, eficacia, cercanía y calidad a sus demandas.

La Ley consta de 85 artículos, se estructura en 9 títulos y contiene además 3 disposiciones transitorias, 1 disposición derogatoria y 2 disposiciones finales.

- El Título I de la Ley establece su objeto y los principios que informan la ordenación y la actuación sanitaria en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, para hacer efectivo, en su ámbito territorial, el derecho de la ciudadanía a la protección de la salud. Los principios más relevantes que informan la ordenación y actuación sanitaria en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha son los de universalización de los servicios sanitarios, equidad, superación de las desigualdades territoriales, igualdad efectiva, participación comunitaria, calidad de los servicios, concepción integral e integrada del sistema sanitario, rentabilidad social, descentralización, desconcentración, coordinación, eficacia, eficiencia y responsabilidad y participación del colectivo de profesionales.
- El Título II reconoce a los ciudadanos como titulares de los derechos y deberes contemplados en la Ley, y recoge un amplio catálogo de los primeros, fundamentalmente los referidos a la información.
- El Título III crea la figura del Defensor del Usuario del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha, dependiente de las Cortes Regionales, con quien todos los poderes públicos tendrán la obligación de colaborar.
- El Título IV está dedicado al Plan de Salud de Castilla-La Mancha y regula sus objetivos, su contenido y el procedimiento que debe seguirse para su elaboración y aprobación.
- El Título V se refiere al Sistema Sanitario, al que define como el conjunto de funciones, actuaciones, centros y servicios sanitarios dependientes de los poderes públicos, o a ellos vinculados.

TEMA 5.- EL ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD (I): NORMAS GENERALES. CLASIFICACIÓN DEL PERSONAL ESTATUTARIO. PLANIFICACIÓN Y ORDENACIÓN DEL PERSONAL. DERECHOS Y DEBERES. ADQUISICIÓN Y PÉRDIDA DE LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUARIO FIJO.

1.- ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO: NORMAS GENERALES

Objeto.- La Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, tiene por objeto establecer las bases reguladoras de la relación funcional especial del personal estatutario de los servicios de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, a través del Estatuto Marco de dicho personal.

Ámbito de aplicación.- La Ley 55/2003 es aplicable al personal estatutario que desempeña su función en los centros e instituciones sanitarias de los servicios de salud de las comunidades autónomas o en los centros y servicios sanitarios de la Administración General del Estado.

En lo no previsto en esta ley, en las normas a que se refiere el artículo siguiente, o en los pactos o acuerdos que se tomen en el seno de las mesas de negociación, serán aplicables al personal estatutario las disposiciones y principios generales sobre función pública de la Administración correspondiente.

Lo previsto en esta ley será de aplicación al personal sanitario funcionario y al personal sanitario laboral que preste servicios en los centros del Sistema Nacional de Salud gestionados directamente por entidades creadas por las distintas comunidades autónomas para acoger los medios y recursos humanos y materiales procedentes de los procesos de transferencias del Insalud, en todo aquello que no se oponga a su normativa específica de aplicación y si así lo prevén las disposiciones aplicables al personal funcionario o los convenios colectivos aplicables al personal laboral de cada comunidad autónoma.

Normas sobre personal estatutario.- En desarrollo de la normativa básica contenida en esta ley, el Estado y las comunidades autónomas, en el ámbito de sus respectivas competencias, aprobarán los estatutos y las demás normas aplicables al personal estatutario de cada servicio de salud.

Para la elaboración de dichas normas, cuyas propuestas serán objeto de negociación en las mesas negociadoras correspondientes, los órganos en cada caso competentes tomarán en consideración los principios generales establecidos en el artículo siguiente, las peculiaridades propias del ejercicio de las profesiones sanitarias, y las características organizativas de cada servicio de salud y de sus diferentes centros e instituciones.

Principios y criterios de ordenación del régimen estatutario.- La ordenación del régimen del personal estatutario de los servicios de salud se rige por los siguientes principios y criterios:

TEMA 6.- EL ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD (II): PROVISIÓN DE PLAZAS, SELECCIÓN Y PROMOCIÓN INTERNA. MOVILIDAD DEL PERSONAL. CARRERA PROFESIONAL.

1.- PROVISIÓN DE PLAZAS, SELECCIÓN Y PROMOCIÓN INTERNA

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

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

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

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

Los supuestos y procedimientos para la provisión de plazas que estén motivados o se deriven de reordenaciones funcionales, organizativas o asistenciales se establecerán en cada servicio de salud conforme al siguiente procedimiento:

- Los cambios en la distribución o necesidades de personal que se deriven de reordenaciones funcionales, organizativas o asistenciales se articularán de conformidad con las normas aplicables en cada servicio de salud.

TEMA 7.- EL ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD (III): RETRIBUCIONES. JORNADA DE TRABAJO, PERMISOS Y LICENCIAS. SITUACIONES DEL PERSONAL ESTATUTARIO. RÉGIMEN DISCIPLINARIO. INCOMPATIBILIDADES. REPRESENTACIÓN, PARTICIPACIÓN Y NEGOCIACIÓN COLECTIVA.

1.- RETRIBUCIONES

Criterios generales.- El sistema retributivo del personal estatutario se estructura en retribuciones básicas y retribuciones complementarias, responde a los principios de cualificación técnica y profesional y asegura el mantenimiento de un modelo común en relación con las retribuciones básicas.

Las retribuciones complementarias se orientan prioritariamente a la motivación del personal, a la incentivación de la actividad y la calidad del servicio, a la dedicación y a la consecución de los objetivos planificados.

La cuantía de las retribuciones se adecuará a lo que dispongan las correspondientes leyes de presupuestos. Elemento fundamental en este apartado es, en cualquier caso, la evaluación del desempeño del personal estatutario que los servicios de salud deberán establecer a través de procedimientos fundados en los principios de igualdad, objetividad y transparencia. La evaluación periódica deberá tenerse en cuenta a efectos de determinación de una parte de estas retribuciones complementarias, vinculadas precisamente a la productividad, al rendimiento y, en definitiva, al contenido y alcance de la actividad que efectivamente se realiza.

Los servicios de salud de las comunidades autónomas y entes gestores de asistencia sanitaria establecerán los mecanismos necesarios, como la ordenación de puestos de trabajo, la ordenación de las retribuciones complementarias, la desvinculación de plazas docentes u otros, que garanticen el pago de la actividad realmente realizada.

El personal estatutario no podrá percibir participación en los ingresos normativamente atribuidos a los servicios de salud como contraprestación de cualquier servicio.

Sin perjuicio de la sanción disciplinaria que, en su caso, pueda corresponder, la parte de jornada no realizada por causas imputables al interesado dará lugar a la deducción proporcional de haberes, que no tendrá carácter sancionador.

Quienes ejerciten el derecho de huelga no devengarán ni percibirán las retribuciones correspondientes al tiempo en que hayan permanecido en esa situación, sin que la deducción de haberes que se efectúe tenga carácter de sanción disciplinaria ni afecte al régimen de sus prestaciones sociales.

TEMA 8.- LA LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: DERECHOS Y OBLIGACIONES; CONSULTA Y PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES. PLAN PERSEO: PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE UNA SITUACIÓN DE VIOLENCIA EN EL CENTRO DE TRABAJO. RESOLUCIÓN DE 26/10/2016, PARA LA APLICACIÓN DEL ART. 13.5 DE LA LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN JURÍDICA DEL MENOR A LOS PROFESIONALES PERTENECIENTES AL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA.

LA LEY 31/1995, DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: 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

TEMA 9.- LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. LA ZONA BÁSICA DE SALUD, LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y EL CENTRO DE SALUD. LA ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIAS.

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).

La Ley de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha se refiere a la Atención Primaria de esta forma:

La Atención Primaria constituye el nivel de acceso ordinario de la población al sistema sanitario y se caracteriza por prestar atención integral a la salud mediante el trabajo del colectivo de profesionales del Equipo de Atención Primaria que desarrollan su actividad en la Zona Básica de Salud correspondiente.

Las Zonas Básicas de Salud constituyen la demarcación geográfica y poblacional que sirve de marco territorial a la Atención Primaria de salud.

No obstante lo establecido anteriormente cuando las especiales condiciones socioeconómicas demográficas y de comunicaciones dificulten la creación de Zonas Básicas de Salud, podrá constituirse Zonas Especiales de Salud.

Los Centros de Salud y los Consultorios Locales constituyen las estructuras físicas de las Zonas Básicas de Salud, donde presta servicio el conjunto de profesionales que integran los Equipos de Atención Primaria.

La delimitación de las Zonas Básicas de Salud se regulará mediante Orden de la Consejería competente en materia de sanidad.

El Equipo de Atención Primaria desarrollará funciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia, rehabilitación, investigación y docencia, en coordinación con la Atención Especializada, de acuerdo con las directrices establecidas por los órganos superiores del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha.

TEMA 10.- LA ASISTENCIA ESPECIALIZADA. EL ÁREA SANITARIA. LOS HOSPITALES Y LOS CENTROS DE ESPECIALIDADES. ESTRUCTURA, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS HOSPITALES.

1.- LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

1.1.- CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS GENERALES

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 112 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 11.- LA LEY DE DERECHOS Y DEBERES EN MATERIA DE SALUD EN CASTILLA-LA MANCHA. LA ATENCIÓN AL USUARIO DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL. LA TARJETA INDIVIDUAL SANITARIA. EL DERECHO A LA INFORMACIÓN Y A LA CONFIDENCIALIDAD. MANEJO Y TRASLADO DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.

1.- LA LEY DE DERECHOS Y DEBERES EN MATERIA DE SALUD EN CASTILLA-LA MANCHA

1.1.- INTRODUCCIÓN

Ante la diversa normativa preexistente que regulaba la materia, la Ley 5/2010 sobre derechos y deberes en salud de Castilla-La Mancha, pretendió sistematizar el contenido de la misma y profundizar en el desarrollo de los derechos y deberes de las personas en materia de salud, distinguiendo entre los pacientes y usuarios del sistema y los profesionales que prestan servicio en el mismo y estableciendo mecanismos que permitan a los ciudadanos adoptar un papel protagonista en el proceso de toma de decisiones relativas a la asistencia sanitaria. La norma les permitirá en adelante no sólo conocer mejor sus derechos y obligaciones, sino también facilitar su ejercicio efectivo, incrementando su seguridad jurídica y la de los profesionales sanitarios en su quehacer diario.

Esta norma no sólo define los derechos de las personas en relación con la salud, sino que además establece mecanismos que permitan a los ciudadanos adoptar un papel protagonista en la de toma de decisiones relativas a la asistencia sanitaria y en la gestión de su proceso de enfermedad. No obstante también los ciudadanos deben ser conscientes de sus responsabilidades en relación con la salud, por eso la Ley define sus deberes sobre el cuidado de la propia salud, la utilización adecuada de los servicios sanitarios, y el respeto a los profesionales sanitarios y otros usuarios.

Por otra parte, esta Ley regula también de forma sistemática los derechos y deberes de los profesionales sanitarios que prestan servicios en el ámbito de la salud. De esta forma, mediante la definición de los derechos y deberes de pacientes y profesionales, la Ley establece un marco de relación seguro y equilibrado, que genere confianza legítima, en el ámbito de la relación clínico asistencial, en el que las partes reconocen su mutua dignidad y sus responsabilidades.

El ejercicio responsable de los derechos y deberes de cada cual, en un marco de confianza, es condición necesaria para conseguir mantener y mejorar la salud de las personas y garantizar el adecuado funcionamiento del sistema sanitario.

1.2.- ESTRUCTURA DE LA LEY 5/2010

La Ley consta de 60 artículos, se estructura en 6 títulos, uno de ellos preliminar, y contiene además 6 disposiciones adicionales, 2 transitorias, una derogatoria y 4 finales.

El Título Preliminar establece el objeto, ámbito de aplicación y los principios generales en los que se sustenta esta Ley.

TEMA 12.- EL PERSONAL SUBALTERNO: FUNCIONES GENERALES DEL CELADOR. FUNCIONES DE VIGILANCIA. FUNCIONES DE ASISTENCIA AL PERSONAL SANITARIO FACULTATIVO Y NO FACULTATIVO. ACTUACIÓN EN LAS HABITACIONES DE LOS ENFERMOS Y LAS ESTANCIAS COMUNES. ASEO DEL PACIENTE. EL JEFE DE PERSONAL SUBALTERNO Y SUS FUNCIONES.

1.- EL PERSONAL SUBALTERNO: FUNCIONES GENERALES DEL CELADOR

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) 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 contenido sigue siendo referente de tales funciones, que 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.

3ª) Realizarán excepcionalmente aquellas labores de limpieza que se les encomiende cuando su realización por el personal femenino no sea idónea o decorosa en orden a la situación, emplazamiento, dificultada de manejo, peso de los objetos o locales a limpiar.

4ª) 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 las persianas, cortinas y útiles de servicio en general.

5ª) Servirán de ascensoristas cuando se les asigne especialmente ese cometido o las necesidades del servicio lo requieran.

6ª) Vigilarán las entradas de la Institución, no permitiendo el acceso a sus dependencias más que a las personas autorizadas para ello.

7ª) Tendrán a su cargo la vigilancia nocturna, tanto del interior como del exterior del edificio, del que cuidarán estén cerradas las puertas de servicios complementarios.

8ª) Velarán continuamente por conseguir el mayor orden y silencio posible en todas las dependencias de la Institución.

9ª) Darán cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que encontraren en la limpieza y conservación del edificio y material.

TEMA 13.- EL CELADOR EN SU RELACIÓN CON LOS ENFERMOS: TRASLADO Y MOVILIDAD DE LOS MISMOS. TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN DE PACIENTES. MANEJO Y UTILIZACIÓN DE MATERIAL AUXILIAR: CAMAS, CAMILLAS, GRÚAS, SILLAS, SUJECIONES Y OTROS.

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 14.- NORMAS DE ACTUACIÓN EN LOS QUIRÓFANOS. NORMAS DE HIGIENE. LA ESTERILIZACIÓN. 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 LOS QUIRÓFANOS

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

- El Celador dará soporte al equipo quirúrgico y será el nexo de unión con el exterior del área.
- Se encargará del traslado de los pacientes desde su lugar de ingreso, hasta el quirófano y viceversa, estando a disposición del equipo quirúrgico.
- Desplazará el aparataje voluminoso y/o pesado al interior del quirófano, y lo devolverá a su lugar de origen cuando finaliza su uso en el quirófano, (arco, delantales,..).
- Ayudará a sacar el mobiliario del quirófano. Colocará el pedido de sueros cuando llega de farmacia.
- Traslada a los pacientes desde la unidad correspondiente hasta los quirófanos, o hacia reanimación y viceversa. Siempre se debe realizar esta acción teniendo cuidado de que se lleve la documentación clínica del paciente, que será facilitada por el enfermero de la unidad de procedencia.
- Pasará al paciente a la mesa quirúrgica junto con el enfermero, colocando al paciente en la posición adecuada, siempre bajo la supervisión del enfermero encargado. Una vez finalizada la intervención se le avisará para el traslado del enfermo a su cama.
- Realizará tareas de ayuda al resto de personal que se ocupa de la sujeción y movilización de los pacientes siempre que se requiera.
- Llevará las muestras biológicas y traerán sangre del banco cuando se precise, siempre con los elementos de transporte adecuados y destinados para ello (nevera, etc....).
- Vigilará la entrada a las zonas semi-limitadas y limitadas de las personas que no lleven la correcta vestimenta.
- Durante las intervenciones quirúrgicas permanecerá en el antequirófano, por si precisaran sus servicios.

TEMA 15.- 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.

ANEXO I:

MATERIALES Y EQUIPAMIENTO QUE TIENE QUE IDENTIFICAR UN CELADOR

ANEXO II:

GLOSARIO DE TÉRMINOS