



TEMARIO - Bloque II
Auxiliares Administrativos
Instituciones Sanitarias de Cantabria
ED. 2018



TEMARIO - Bloque II
AUXILIARES ADMINISTRATIVOS
Instituciones Sanitarias de Cantabria
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 y distribución
fuera de las condiciones
de acceso on-line y venta*

TEMARIO

TEMA 16.- LA CONSEJERÍA DE SANIDAD: ESTRUCTURA BÁSICA Y COMPETENCIAS. EL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD: ESTRUCTURA, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES. NIVELES DE LA ASISTENCIA SANITARIA. EL MAPA SANITARIO AUTONÓMICO DE CANTABRIA.

TEMA 17.- LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. EL CENTRO DE SALUD. LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA. LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE SALUD: EL ÁREA SANITARIA. LOS HOSPITALES DEPENDIENTES DEL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD. RÉGIMEN DE ESTRUCTURA, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO.

TEMA 18.- LEY 16/2003 DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. DISPOSICIONES GENERALES. ORDENACIÓN DE LAS PRESTACIONES. GARANTÍAS DE LAS PRESTACIONES.

TEMA 19.- AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y DERECHOS Y OBLIGACIONES EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA. 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: EL DERECHO DE INFORMACIÓN SANITARIA; EL DERECHO A LA INTIMIDAD; EL RESPETO DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO LA HISTORIA CLÍNICA, INFORMES DE ALTA Y OTRA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.

TEMA 20.- TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL: REGULACIÓN. REFERENCIA A LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA. LEY 7/2006 DE GARANTÍAS DE TIEMPOS MÁXIMOS DE RESPUESTA EN LA ATENCIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE CANTABRIA. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA EN EL ÁMBITO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE CANTABRIA.

TEMA 21.- LEY ORGÁNICA 3/2007, DE 22 DE MARZO, PARA LA IGUALDAD EFECTIVA DE MUJERES Y HOMBRES. OBJETO Y ÁMBITO DE LA LEY. EL PRINCIPIO DE IGUALDAD Y LA TUTELA CONTRA LA DISCRIMINACIÓN. PRINCIPIOS GENERALES. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA IGUALDAD CON ESPECIAL REFERENCIA EN LA POLÍTICA DE SALUD. EL DERECHO AL TRABAJO EN IGUALDAD DE OPORTUNIDADES. EL PRINCIPIO DE IGUALDAD EN EL EMPLEO PÚBLICO.

TEMA 22.- LEY DE CANTABRIA 1/2004, DE 1 DE ABRIL, INTEGRAL PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LA PROTECCIÓN A SUS VÍCTIMAS.

TEMA 23.- PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO, LOS MALOS TRATOS Y LAS AGRESIONES/ABUSOS SEXUALES. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LOS MALOS TRATOS. PROTOCOLO DE ATENCIÓN SANITARIA A VÍCTIMAS DE AGRESIONES/ABUSOS SEXUALES. PROTOCOLO COMÚN PARA LA ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DEL SNS.

TEMA 24.- EL SISTEMA ESPAÑOL DE SEGURIDAD SOCIAL. RÉGIMEN GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL. AFILIACIÓN: ALTAS Y BAJAS, FORMA DE PRACTICARSE Y PLAZOS. COTIZACIÓN: BASES Y TIPOS. ACCIÓN PROTECTORA: CONTINGENCIAS PROTEGIBLES Y RÉGIMEN GENERAL DE PRESTACIONES.

TEMA 25.- LA LEY 55/2003 DE 16 DE DICIEMBRE, DEL ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y LA LEY DE CANTABRIA 9/2010, DE 23 DE DICIEMBRE, DE PERSONAL ESTATUTARIO DE INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA (I): DISPOSICIONES O NORMAS GENERALES; CLASIFICACIÓN DEL PERSONAL ESTATUTARIO; PLANIFICACIÓN Y ORDENACIÓN DEL PERSONAL; DERECHOS Y DEBERES; ADQUISICIÓN Y PÉRDIDA DE LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO.

TEMA 26.- LA LEY 55/2003 DE 16 DE DICIEMBRE, DEL ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y LA LEY DE CANTABRIA 9/2010, DE 23 DE DICIEMBRE, DE PERSONAL ESTATUTARIO DE INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA (II): PROVISIÓN Y SELECCIÓN; PROMOCIÓN INTERNA; MOVILIDAD DEL PERSONAL; CARRERA PROFESIONAL; RETRIBUCIONES; JORNADA, PERMISOS Y LICENCIAS; SITUACIONES DEL PERSONAL; RÉGIMEN DISCIPLINARIO; INCOMPATIBILIDADES; REPRESENTACIÓN, PARTICIPACIÓN Y NEGOCIACIÓN.

TEMA 27.- LA LEY 31/1995, DE 8 DE NOVIEMBRE, DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: OBJETO, ÁMBITO DE APLICACIÓN Y DEFINICIONES. DERECHOS Y OBLIGACIONES; CONSULTA Y PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES.

TEMA 28.- ORGANIZACIÓN DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD. EL ACUERDO MARCO DE SALUD LABORAL EN EL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD. HIGIENE DE MANOS. LA POSTURA. LAS PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS. EL PINCHAZO ACCIDENTAL. AGRESIONES A PROFESIONALES. CONTROL DE SITUACIONES CONFLICTIVAS.

TEMA 29.- LOS SISTEMAS INFORMÁTICOS: CONCEPTOS BÁSICOS, CODIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN. HARDWARE, ESTRUCTURA FUNCIONAL DE UN ORDENADOR, COMPONENTES FÍSICOS, PERIFÉRICOS DE ENTRADA Y SALIDA. SOFTWARE, SOPORTE LÓGICO DE UN ORDENADOR: CONCEPTOS BÁSICOS, SISTEMAS OPERATIVOS ACTUALES (WINDOWS, UNIX).

TEMA 30.- LOS SISTEMAS OFIMÁTICOS. PROCESADORES DE TEXTO: CONCEPTO, FUNCIONALIDADES PRINCIPALES, PLANTILLAS, COMBINACIÓN DE CORRESPONDENCIA. BASES DE DATOS: CONCEPTO, FUNCIONALIDADES, TABLAS, FORMULARIOS, CONSULTAS, INFORMES, RELACIONES. HOJAS DE CÁLCULO: CONCEPTO, FUNCIONALIDADES, TABLAS DINÁMICAS, FUNCIONES, GRÁFICOS. PRESENTACIONES: CONCEPTO Y FUNCIONALIDADES PRINCIPALES. INTERNET, INTRANET Y CORREO ELECTRÓNICO: CONCEPTOS BÁSICOS, NAVEGADORES. BÚSQUEDAS DE INFORMACIÓN. HERRAMIENTAS 2.0: CONCEPTOS BÁSICOS DE LOS BLOGS Y LAS PLATAFORMAS VIRTUALES DE TELEFORMACIÓN.

TEMA 16.- LA CONSEJERÍA DE SANIDAD: ESTRUCTURA BÁSICA Y COMPETENCIAS. EL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD: ESTRUCTURA, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES. NIVELES DE LA ASISTENCIA SANITARIA. EL MAPA SANITARIO AUTONÓMICO DE CANTABRIA.

1.- LA CONSEJERÍA DE SANIDAD

1.1.- ESTRUCTURA BÁSICA

A la actual Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria le corresponden las competencias y estructuras que en materia de sanidad se atribuían a la anterior Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, que ejercía las competencias políticas y administrativas en materia de sanidad y servicios sociales que se derivan del Estatuto de Autonomía para Cantabria y de las demás disposiciones legales y reglamentarias de aplicación.

La Consejería de Sanidad se estructura, bajo la superior dirección de su titular, en los siguientes órganos directivos para el ejercicio de sus competencias:

-Secretaría General de Sanidad

-Dirección General de Salud Pública

Subdirección General de Salud Pública

-Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria

Subdirección General de Inspección Sanitaria

Subdirección General de Ordenación y Atención Sanitaria

Asimismo, depende de la Consejería de Sanidad el Servicio Cántabro de Salud.

Competencias del Consejero.- El titular de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales ejerce las competencias atribuidas por la Ley de Cantabria 6/2002, de Régimen Jurídico del Gobierno y de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria, así como las recogidas en las demás disposiciones legales y reglamentarias que le afecten.

1.2.- SECRETARÍA GENERAL

Competencias de la Secretaría General.- Las competencias genéricas de la Secretaría General son las expresadas en la Ley de Cantabria 6/2002, de Régimen Jurídico del Gobierno y de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria, así como las recogidas en las demás disposiciones legales y reglamentarias que le afecten.

TEMA 17.- LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD. EL CENTRO DE SALUD. LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA. LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE SALUD: EL ÁREA DE SALUD. LOS HOSPITALES DEPENDIENTES DEL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD. RÉGIMEN DE ESTRUCTURA, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO.

1.- LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

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:

- a) La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.

TEMA 18.- LEY 16/2003, DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. DISPOSICIONES GENERALES. ORDENACIÓN DE PRESTACIONES. GARANTÍAS DE LAS PRESTACIONES.

INTRODUCCIÓN

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, establece acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud:

- a) Equidad, en la línea de desarrollo del principio constitucional de igualdad, que garantice el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y posibilite la libre circulación de todos los ciudadanos.
- b) Calidad, que conjugue la incorporación de innovaciones con la seguridad y efectividad de éstas, que oriente los esfuerzos del sistema hacia la anticipación de los problemas de salud o hacia soluciones eficaces cuando éstos aparecen ; calidad que evalúe el beneficio de las actuaciones clínicas incorporando sólo aquello que aporte un valor añadido a la mejora de la salud, e implicando a todos los actores de sistema.
- c) Y, por último, participación ciudadana, tanto en el respeto a la autonomía de sus decisiones individuales como en la consideración de sus expectativas como colectivo de usuarios del sistema sanitario, y para permitir el intercambio de conocimientos y experiencias.

La Ley 17/2003 contiene un capítulo preliminar y otros once capítulos, con la siguiente estructura:

Preámbulo

CAPÍTULO PRELIMINAR. Disposiciones generales

CAPÍTULO I. De las prestaciones

Sección 1.^a Ordenación de prestaciones

Sección 2.^a Desarrollo y actualización de la cartera de servicios

Sección 3.^a Garantías de las prestaciones

CAPÍTULO II. De la farmacia

Sección 1.^a Organización y ejercicio de las competencias del estado en materia de farmacia

Sección 2.^a Colaboración de las oficinas de farmacia

TEMA 19.- AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y DE DERECHOS Y OBLIGACIONES EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA. 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: EL DERECHO DE INFORMACIÓN SANITARIA; EL DERECHO A LA INTIMIDAD; EL RESPETO DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE; EL CONSENTIMIENTO INFORMADO; LA HISTORIA CLÍNICA, INFORMES DE ALTA Y OTRA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.

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.

Es preciso decir, sin embargo, que la regulación del derecho a la protección de la salud, recogido por el artículo 43 de la Constitución de 1978, desde el punto de vista de las cuestiones más estrechamente vinculadas a la condición de sujetos de derechos de las personas usuarias de los servicios sanitarios, es decir, la plasmación de los derechos relativos a la información clínica y la autonomía individual de los pacientes en lo relativo a su salud, ha sido objeto de una regulación básica en el ámbito del Estado, a través de la Ley General de Sanidad.

De otra parte, 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, a pesar de que fija básicamente su atención en el establecimiento y ordenación del sistema sanitario desde un punto de vista organizativo, dedica a esta cuestión diversas previsiones, entre las que destaca la voluntad de humanización de los servicios sanitarios. Así mantiene el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual, de un lado, y, del otro, declara que la organización sanitaria debe permitir garantizar la salud como derecho inalienable de la población mediante la estructura del Sistema Nacional de Salud, que debe asegurarse en condiciones de escrupuloso respeto a la intimidad personal y a la libertad individual del usuario, garantizando la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se prestan y sin ningún tipo de discriminación.

TEMA 20.- TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL: REGULACIÓN. REFERENCIA A LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA. LEY DE CANTABRIA 7/2006, DE GARANTÍAS DE TIEMPOS MÁXIMOS DE RESPUESTA EN LA ATENCIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE CANTABRIA. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA EN EL ÁMBITO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE CANTABRIA.

1.- LA TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL

1.1.- REGULACIÓN EN LA LEY 16/2003

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, regula la tarjeta sanitaria individual en su art. 57 en los siguientes términos:

1. El acceso de los ciudadanos a las prestaciones de la atención sanitaria que proporciona el Sistema Nacional de Salud se facilitará a través de la tarjeta sanitaria individual, como documento administrativo que acredita determinados datos de su titular, a los que se refiere el apartado siguiente. La tarjeta sanitaria individual atenderá a los criterios establecidos con carácter general en la Unión Europea.
2. Sin perjuicio de su gestión en el ámbito territorial respectivo por cada comunidad autónoma y de la gestión unitaria que corresponda a otras Administraciones públicas en razón de determinados colectivos, las tarjetas incluirán, de manera normalizada, los datos básicos de identificación del titular de la tarjeta, del derecho que le asiste en relación con la prestación farmacéutica y del servicio de salud o entidad responsable de la asistencia sanitaria. Los dispositivos que las tarjetas incorporen para almacenar la información básica y las aplicaciones que la traten deberán permitir que la lectura y comprobación de los datos sea técnicamente posible en todo el territorio del Estado y para todas las Administraciones públicas. Para ello, el Ministerio de Sanidad y Consumo, en colaboración con las comunidades autónomas y demás Administraciones públicas competentes, establecerá los requisitos y los estándares necesarios.
3. Con el objetivo de poder generar el código de identificación personal único, el Ministerio de Sanidad y Consumo desarrollará una base de datos que recoja la información básica de asegurados del Sistema Nacional de Salud, de tal manera que los servicios de salud dispongan de un servicio de intercambio de información sobre la población protegida, mantenido y actualizado por los propios integrantes del sistema. Este servicio de intercambio permitirá la depuración de titulares de tarjetas.
4. Conforme se vaya disponiendo de sistemas electrónicos de tratamiento de la información clínica, la tarjeta sanitaria individual deberá posibilitar el acceso a aquélla de los profesionales debidamente autorizados, con la finalidad de colaborar a la mejora de la calidad y continuidad asistenciales.
5. Las tarjetas sanitarias individuales deberán adaptarse, en su caso, a la normalización que pueda establecerse para el conjunto de las Administraciones públicas y en el seno de la Unión Europea.

TEMA 21.- LA LEY ORGÁNICA 3/2007, PARA LA IGUALDAD EFECTIVA DE MUJERES Y HOMBRES. OBJETO Y ÁMBITO DE LA LEY. EL PRINCIPIO DE IGUALDAD Y LA TUTELA CONTRA LA DISCRIMINACIÓN. PRINCIPIOS GENERALES. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA IGUALDAD. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA IGUALDAD CON ESPECIAL REFERENCIA EN LA POLÍTICA DE SALUD. EL DERECHO AL TRABAJO EN IGUALDAD DE OPORTUNIDADES. EL PRINCIPIO DE IGUALDAD EN EL EMPLEO PÚBLICO.

1.- LA LEY ORGÁNICA 3/2007, PARA LA IGUALDAD EFECTIVA DE MUJERES Y HOMBRES

1.1.- ASPECTOS GENERALES DE LA LEY

- La Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, tiene como finalidad alcanzar la igualdad real y efectiva entre mujeres y hombres y la eliminación de toda discriminación por razón de sexo, en particular la que afecta a las mujeres.
- Reconoce expresamente a todas las personas el disfrute de los derechos derivados del principio de igualdad de trato y de la prohibición de discriminación por razón de sexo.
- Obliga por igual a todas las personas físicas y jurídicas que se encuentren o actúen en territorio español, con independencia de cuál sea su nacionalidad, domicilio o residencia.
- La ordenación general de las políticas públicas, bajo la óptica del principio de igualdad y la perspectiva de género, se plasma en el establecimiento de pautas favorecedoras de la igualdad en políticas como la educativa, la sanitaria, la artística y cultural, de la información, de desarrollo rural o de vivienda, deporte, cultura, ordenación del territorio o de cooperación internacional para el desarrollo.
- El sistema educativo incluirá entre sus fines la educación en el respeto de los derechos y libertades fundamentales y en la igualdad de derechos y oportunidades entre mujeres y hombres.
- Define los conceptos y categorías básicas relativas a la igualdad: el principio de igualdad de trato entre mujeres y hombres, discriminación directa e indirecta por razón de sexo, y acciones positivas por parte de los Poderes Públicos para corregir situaciones de desigualdad.
- Legitima a las instituciones públicas con competencias en materia de mujer y a las organizaciones para la defensa de los derechos de igualdad entre mujeres y hombres, para actuar en determinados procedimientos judiciales.
- Las políticas de empleo tendrán como uno de sus objetivos prioritarios aumentar la participación de las mujeres en el mercado de trabajo y avanzar en la igualdad efectiva entre mujeres y hombres.

TEMA 22.- LA LEY DE CANTABRIA 1/2004, INTEGRAL PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LA PROTECCIÓN A SUS VÍCTIMAS.

INTRODUCCIÓN

La Constitución Española establece la igualdad como valor superior del ordenamiento jurídico, deviniendo incompatibles con los principios que proclama cualesquiera situaciones de discriminación en cualesquiera de los órdenes de la vida.

Por otro lado, el Estatuto de Autonomía para Cantabria, en su art. 24.22, reconoce la competencia exclusiva de la Comunidad Autónoma de Cantabria en las materias de "asistencia, bienestar social y desarrollo comunitario, incluida la política juvenil, para las personas mayores y de promoción de la igualdad de la mujer", entre las que se incluye indudablemente a la mujer víctima de violencia de género.

Asimismo, el apartado 3 del artículo 25 y el artículo 28 del mismo texto legal recogen las competencias en cuanto a desarrollo legislativo y ejecución en materia sanitaria y educativa, restringiendo a una función ejecutiva las competencias en materia laboral (apartado 11 del artículo 26).

En desarrollo de estas competencias, se promulgó la Ley 1/2004, de 1 de abril, Integral para la Prevención de la Violencia Contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas, que pretende contemplar el problema en su especificidad y en su integridad. Es decir, al mismo tiempo que se ha querido dar a la violencia de género un tratamiento específico respecto de otras conductas violentas por tener su origen en la concepción de una superioridad del sexo masculino sobre el femenino, al tratarse de un fenómeno que atañe a toda la sociedad, se ha pretendido además que, sin dilación, sea sacado del espacio privado en el que todavía se mantiene. No es posible continuar abordándolo parcialmente desde esa lógica privada porque afecta a derechos fundamentales: derecho a la vida, a la integridad física y moral, a la dignidad, igualdad, libertad, seguridad, salud y tutela judicial efectiva, entre otros.

Se trata de aportar a nuestra sociedad, y principalmente a las víctimas, una necesaria regulación jurídica específica en los términos que exige nuestra Constitución. En un Estado de Derecho, la ley es un instrumento privilegiado y el único válido para dar cobertura y garantía a los cambios sociales. Por la pedagogía política que toda ley encierra, servirá de motor de cambio y punto de partida para la efectividad del derecho a vivir sin violencia, del que se derivan deberes para todos los poderes públicos respecto a la garantía del efectivo ejercicio del mismo.

La Ley 1/2004, de 1 de abril, Integral para la Prevención de la Violencia Contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas, se organiza conforme a la siguiente estructura:

-En el Título I se recogen las disposiciones generales sobre el objeto y fines de la Ley, así como la descripción de las distintas formas de violencia de género, con un carácter exhaustivo para abarcar todas las manifestaciones de la misma, de conformidad con las resoluciones de los organismos internacionales.

TEMA 23.- PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO, LOS MALOS TRATOS Y LAS AGRESIONES/ABUSOS SEXUALES. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LOS MALOS TRATOS. PROTOCOLO DE ATENCIÓN SANITARIA A VÍCTIMAS DE AGRESIONES/ABUSOS SEXUALES. PROTOCOLO COMÚN PARA LA ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DEL SNS.

INTRODUCCIÓN

Violencia contra las Mujeres

Las Naciones Unidas reconocieron en 1979 que la violencia que se ejerce contra las mujeres es el atentado contra los derechos humanos más frecuente y menos reconocido del mundo. La importante prevalencia de este problema y las grandes repercusiones que tiene para la salud de las mujeres llevó a la OMS a establecer en 1996 la prevención de la violencia contra las mujeres como una prioridad en Salud Pública.

¿Qué entendemos por violencia contra las mujeres?

Se define violencia contra las mujeres como todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga, o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer así como las amenazas de tales actos, la coacción y la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada. (Art. I de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de las Naciones Unidas, 1993).

¿Cuáles son las causas de la violencia de género?

La violencia de género procede de la desigualdad entre hombres y mujeres, siendo el resultado de la creencia, alimentada por la mayoría de las culturas, de que el hombre es superior a la mujer, que es posesión suya y que puede ser tratada como él juzgue adecuado. Además en el caso de la violencia ejercida contra las mujeres por la pareja o expareja, hay que tener en cuenta dos elementos: la reiteración de los actos violentos y la situación de dominio del agresor, que utiliza la violencia para la sumisión y el control de la víctima.

A pesar de la oposición mayoritaria de la sociedad ante este problema de salud, todavía hoy en día existen estereotipos y prejuicios que justifican las agresiones y normalizan el comportamiento violento masculino hacia la mujer.

Según los datos de la “Encuesta de percepción de la opinión sobre violencia de género” todavía hoy un 1,4% de la población considera aceptable la violencia de género en “algunas circunstancias” y son muchas las personas que creen que la violencia se debe a problemas psicológicos (72,5%) y al abuso del alcohol o drogas (53,7%) por parte del maltratador.

TEMA 24.- EL SISTEMA ESPAÑOL DE SEGURIDAD SOCIAL. RÉGIMEN GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL. AFILIACIÓN: ALTAS Y BAJAS, FORMA DE PRACTICARSE Y PLAZOS. COTIZACIÓN: BASES Y TIPOS. ACCIÓN PROTECTORA: CONTINGENCIAS PROTEGIBLES Y RÉGIMEN GENERAL DE PRESTACIONES.

1.- EL SISTEMA ESPAÑOL DE SEGURIDAD SOCIAL

1.1.- LA RELACIÓN JURÍDICA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

En la actualidad no se discute que sea función del Estado, entre otras, la de procurar protección a sus ciudadanos ante las situaciones de necesidad que puedan padecer. "España se constituye en un Estado Social y Democrático de Derecho", proclama el artículo 1 de la Constitución y, en cuanto tal Estado "social", no puede abandonar a la iniciativa privada el mantenimiento de las personas que no pueden sustentarse con su propio trabajo.

Sobre esas bases se va construyendo un entramado de "seguros sociales", que sólo se convierte en un auténtico sistema de Seguridad Social cuando se llega al convencimiento generalizado de que esa solidaridad en el ámbito laboral sólo puede ser verdaderamente eficaz si se encauza y organiza a través de un sistema en el que el propio Estado, a través de la Ley, concrete las situaciones dignas de protección y la aportación que para dicha protección deban hacer los trabajadores en activo. Resulta preciso -además- que el propio Estado vigile, a través de organismos públicos, el reconocimiento de esos derechos y el cumplimiento de esas obligaciones.

No existe propiamente un sistema de Seguridad Social si no parte de esa dimensión pública: los derechos y obligaciones que origina el sistema son "públicos", en cuanto provienen de la Ley y no del acuerdo entre particulares, y la gestión del sistema es también "pública", en cuanto se encomienda a organismos dependientes del propio Estado.

Es la Ley, por tanto, la que determina y regula la "relación jurídica" entre los ciudadanos y la Seguridad Social. Esa relación, dirigida siempre a la protección social de los ciudadanos ante las situaciones de necesidad, obliga a ambas partes, Estado y ciudadano, a la realización de determinados actos, que pueden ser de muy diversa naturaleza, dependiendo de la posición del ciudadano ante la Seguridad Social, como empresario, trabajador en activo, o beneficiario de una prestación.

En el nivel contributivo, se suelen distinguir tres ámbitos de desarrollo de esa relación jurídica: afiliación, cotización y protección:

- La afiliación, o primer alta en la Seguridad Social, y las altas subsiguientes constituyen el mecanismo establecido por el Estado para determinar, mientras el trabajador está en activo, quienes son los responsables de la obligación de cotizar, por una parte, y por otra, los derechos que está generando dicho trabajador por su "contribución" al sistema.

TEMA 25.- ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y LA LEY DE CANTABRIA 9/2010, DE PERSONAL ESTATUTARIO DE INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA (I): DISPOSICIONES O NORMAS GENERALES; CLASIFICACIÓN DEL PERSONAL ESTATUTARIO; PLANIFICACIÓN Y ORDENACIÓN DEL PERSONAL; DERECHOS Y DEBERES; ADQUISICIÓN Y PÉRDIDA DE LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO.

1.- ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO

1.1.- INTRODUCCIÓN

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

-Estatuto Jurídico de Personal Médico de la Seguridad Social, aprobado por Decreto 3160/1966 de 23 de diciembre.

-Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, aprobado por Orden de 26 de abril de 1973.

-Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, aprobado por Orden de 5 de julio de 1971.

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

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

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

TEMA 26.- ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y LA LEY DE CANTABRIA 9/2010, DE PERSONAL ESTATUTARIO DE INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA (II): PROVISIÓN Y SELECCIÓN; PROMOCIÓN INTERNA; MOVILIDAD DEL PERSONAL; CARRERA PROFESIONAL; RETRIBUCIONES; JORNADA, PERMISOS Y LICENCIAS; SITUACIONES DEL PERSONAL; RÉGIMEN DISCIPLINARIO; INCOMPATIBILIDADES; REPRESENTACIÓN, PARTICIPACIÓN Y NEGOCIACIÓN.

1.- ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO

1.1.- 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.

TEMA 27.- LA LEY 31/1995, DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES. OBJETO, ÁMBITO DE APLICACIÓN Y DEFINICIONES. DERECHOS Y OBLIGACIONES. CONSULTA Y PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES.

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 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 28.- ORGANIZACIÓN DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD. EL ACUERDO MARCO DE SALUD LABORAL EN EL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD. HIGIENE DE MANOS. LA POSTURA. LAS PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS. EL PINCHAZO ACCIDENTAL. AGRESIONES A PROFESIONALES. CONTROL DE SITUACIONES CONFLICTIVAS.

1.- ORGANIZACIÓN DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL SCS

La organización de la prevención de riesgos laborales en el Servicio Cántabro de Salud se ha plasmado en el Acuerdo Marco en salud laboral y participación de los trabajadores en materia de prevención de riesgos laborales en el servicio cántabro de salud, suscrito en 2007.

La integración de la prevención en el sistema de gestión de las empresas y Administraciones Públicas queda establecida en el artículo 16.1 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, como una obligación básica de la empresa derivada del deber de garantizar la seguridad y la salud de sus trabajadores, siendo preciso para ello implantar y aplicar un plan de prevención de riesgos laborales que, entre otros elementos, contenga la estructura organizativa necesaria para realizar las acciones dirigidas a proteger la seguridad y la salud de los trabajadores.

El Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, regula algunos de los procedimientos esenciales del plan de prevención, en particular la evaluación de riesgos y la planificación de las actividades preventivas, herramientas esenciales para identificar los factores de riesgo y realizar las medidas preventivas y de control orientadas a que los lugares y los puestos de trabajo reúnan unas condiciones de seguridad que permitan garantizar suficientemente la salud de los trabajadores.

En el ámbito del Insalud la aplicación de la normativa en materia de prevención, la estructura preventiva y la participación de los trabajadores en materia de riesgos laborales se regulaba por la Resolución de 13 de enero de 1997 (BOE 11 de febrero) y la Resolución de 4 de marzo de 1999 (BOE 24 de marzo).

Dicha estructura necesita de una adecuación tanto por la nueva normativa en materia de prevención de riesgos laborales (Ley 54/2003, de 12 de diciembre, de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales), así como la necesidad objetivada de ampliar la estructura preventiva del Servicio Cántabro de Salud, así como para conseguir la integración de la prevención de la salud laboral en todos los niveles jerárquicos de la organización. En esta línea, se ha creído conveniente establecer mediante el presente Acuerdo las bases del plan de prevención que gradualmente ha de implantarse en el ámbito de las instituciones sanitarias que dependen del Servicio Cántabro de Salud, así como los criterios para la aplicación del principio de integración de las actividades de prevención en el sistema de gestión general de cada Gerencia.

Por otra parte, el Servicio Cántabro de Salud ya dispone de una estructura organizativa para la realización de las actividades de prevención de riesgos derivados del trabajo constituida por dos servicios de prevención propios, uno para las áreas de salud de Santander y Laredo y otro para las áreas de salud de Torrelavega y Reinosa.

TEMA 29.- LOS SISTEMAS INFORMÁTICOS: CONCEPTOS BÁSICOS, CODIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN. HARDWARE, ESTRUCTURA FUNCIONAL DE UN ORDENADOR, COMPONENTES FÍSICOS, PERIFÉRICOS DE ENTRADA Y SALIDA. SOFTWARE, SOPORTE LÓGICO DE UN ORDENADOR: CONCEPTOS BÁSICOS, SISTEMAS OPERATIVOS ACTUALES (WINDOWS, UNIX).

1.- SISTEMAS INFORMÁTICOS

1.1.- CONCEPTOS FUNDAMENTALES

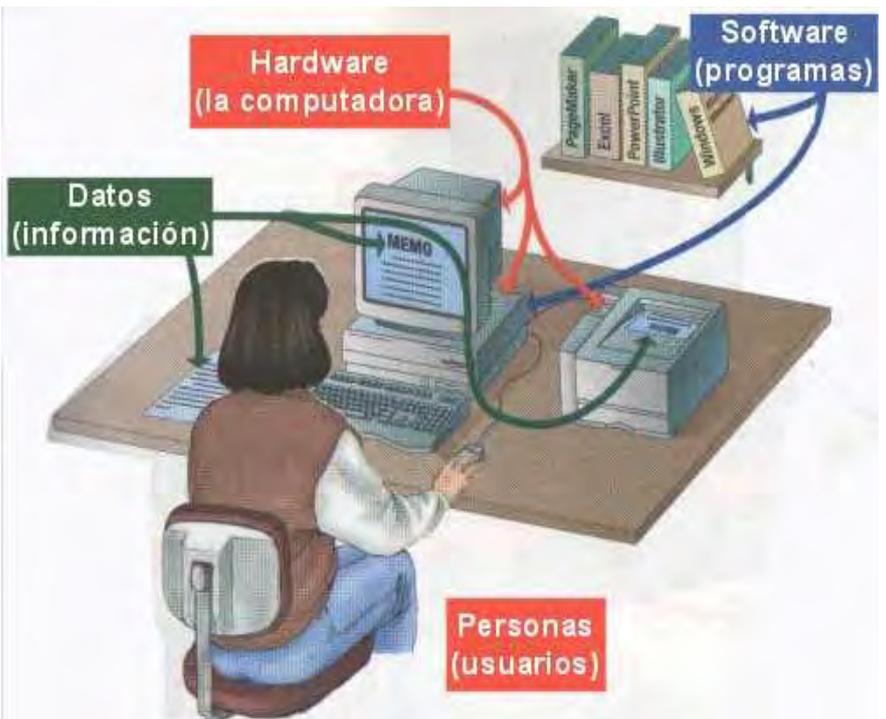
Un sistema informático es un conjunto de partes que funcionan relacionándose entre sí con un objetivo preciso: hardware, software y los usuarios. Por ejemplo, un PC, sus dispositivos periféricos y la persona que los maneja, pueden constituir un sistema informático básico. Sus elementos fundamentales son:

Equipo.- El equipo es la parte más evidente y necesaria de un sistema informático. El equipo se refiere al propio ordenador, junto con los accesorios periféricos, incluidos los servidores, enrutadores, monitores, impresoras y dispositivos de almacenamiento. Un sistema informático se puede utilizar en una sola computadora o en miles.

Sistema.- Sin el sistema, el equipo no sería muy útil. El sistema es el segundo elemento en importancia pues es lo que le dice al equipo cómo debe funcionar. Reúne, organiza y manipula los datos para dar instrucciones. Todo lo que se va a hacer con el uso de un ordenador se hará a través del sistema.

Datos.- Los datos, o información, es el tercer elemento en importancia. Al igual que el equipo no puede funcionar sin el sistema, tampoco el sistema no funciona sin los datos. Esta es la parte de información de un sistema, y puede tener datos estadísticos, conjuntos de instrucciones, listas de nombres o incluso gráficos y animaciones, todo es importante para el sistema informático.

Procedimientos.- Comúnmente se dice que los procedimientos son a las personas lo que es el sistema al equipo. Los procedimientos son las reglas, las descripciones y las instrucciones para saber cómo se ejecutan las operaciones. En los sistemas informáticos los procedimientos son frecuentemente cubiertos por los manuales de instrucciones, que describen cómo utilizar el equipo, programa y datos.



TEMA 30.- LOS SISTEMAS OFIMÁTICOS. PROCESADORES DE TEXTO: CONCEPTO, FUNCIONALIDADES PRINCIPALES, PLANTILLAS, COMBINACIÓN DE CORRESPONDENCIA. BASES DE DATOS: CONCEPTO, FUNCIONALIDADES, TABLAS, FORMULARIOS, CONSULTAS, INFORMES, RELACIONES. HOJAS DE CÁLCULO: CONCEPTO, FUNCIONALIDADES, TABLAS DINÁMICAS, FUNCIONES, GRÁFICOS. PRESENTACIONES: CONCEPTO Y FUNCIONALIDADES PRINCIPALES. INTERNET, INTRANET Y CORREO ELECTRÓNICO: CONCEPTOS BÁSICOS, NAVEGADORES. BÚSQUEDAS DE INFORMACIÓN. HERRAMIENTAS 2.0: CONCEPTOS BÁSICOS DE LOS BLOGS Y LAS PLATAFORMAS VIRTUALES DE TELEFORMACIÓN.

1.- OFIMÁTICA

1.1.- INTRODUCCIÓN

La informática es la ciencia que estudia los ordenadores en su conjunto (máquinas y programas). El concepto de informática viene dado de la unión de dos palabras INFORmación y autoMÁTICA. Se trata del “conjunto de conocimientos científicos y técnicas, que hacen posible el tratamiento automático de la información por medio de ordenadores” (concepto de informática según el diccionario académico de la lengua española).

Dentro de la Informática se engloba la Ofimática, es decir, ésta es una parte de la Informática. No hay que confundir el concepto de INFORMÁTICA con el de OFIMÁTICA. El concepto de ofimática se aplica a todas aquellas técnicas, procedimientos, servicios, etc., que se basan en tecnologías de la información (informática y comunicaciones) y cuya implementación se realiza en el ámbito del trabajo de oficina y similares entornos. El concepto de ofimática viene dado de la unión de dos palabras OFIcina y autoMÁTICA.

La ofimática engloba, pues, los tratamientos de textos y gráficos, la gestión documental, la agenda, la planificación de tiempo y actividades, la mensajería electrónica, etc. El entorno donde se desarrolla la ofimática es, fundamentalmente, la oficina y por tanto, describe su naturaleza y los trabajos que se realizan en ella.

El objetivo es tener la información disponible para cualquier necesidad de la organización. Es necesario tratarla para presentarla en el formato y soporte más adecuado y poder extraer el conocimiento más relevante en cada ocasión.

1.2.- PAQUETES INTEGRADOS

Con el nombre genérico de paquete integrado se designa el conjunto de software que incluye las funciones de varios programas en uno solo, bien como módulos de una gran aplicación o formando varias aplicaciones independientes. Actualmente también se habla de las Suites informáticas, que son paquetes integrados con gran variedad de aplicaciones.

Un paquete integrado, igual que las Suites, debe de reunir los siguientes requisitos: