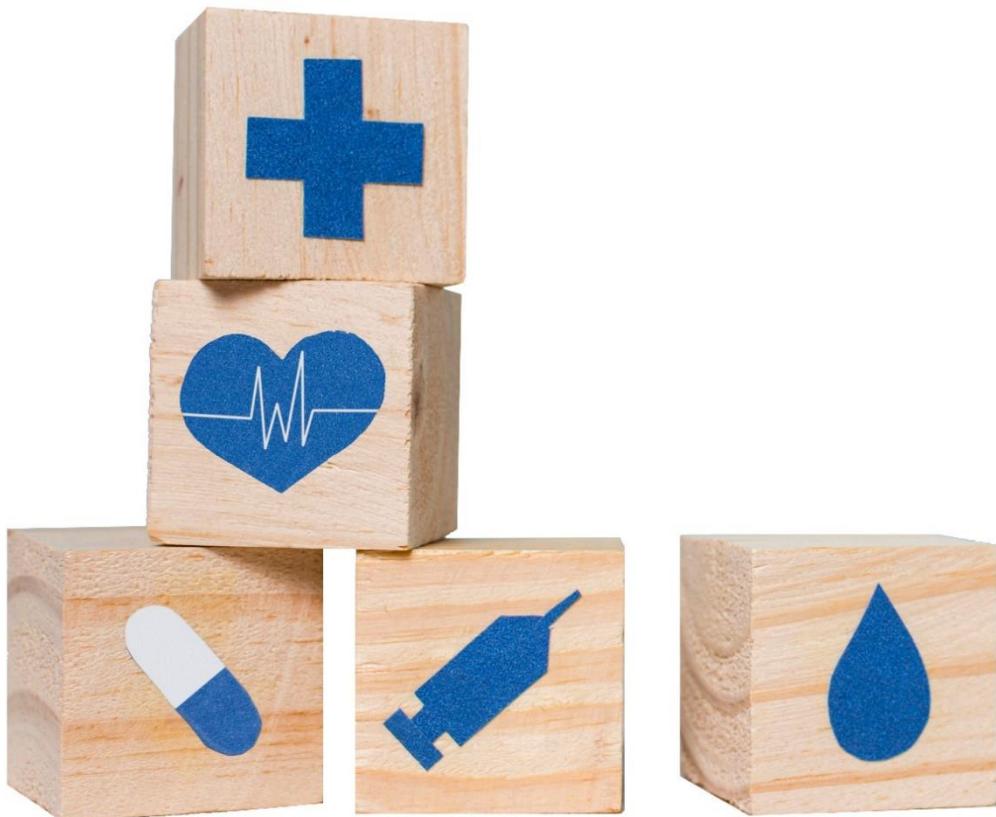




TEMARIO CELADORES

SESCAM – Castilla-La-Mancha
Ed.2025



TEMARIO CELADORES
SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA
Ed. 2025
ISBN: 978-84-1185-561-7
Reservados todos los derechos
© 2025 | IEDITORIAL

No se permite la reproducción total o parcial de esta obra,
ni su incorporación a un sistema informático,
ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio
(electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros)
sin autorización previa y por escrito de los titulares del copyright.

La infracción de dichos derechos puede constituir un delito
contra la propiedad intelectual.
Editado por: iEditorial
E-mail: info@ieditorial.com
Web: www.ieditorial.net

Diseño de cubierta: iEditorial
Impreso en España. Printed in Spain

TEMARIO

Tema 1. La Constitución Española: Su estructura y contenido; Título Preliminar; Título I. De los Derechos y Deberes Fundamentales. La protección de la salud en la Constitución. La igualdad efectiva entre hombres y mujeres Políticas de igualdad. Medidas de protección integral contra la violencia de género.

Tema 2. El Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha: Instituciones de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha; Competencias de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. La Administración Autonómica: Organización y estructura básica.

Tema 3. Ley General de Sanidad: Organización general del Sistema Sanitario Público; Los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y las Áreas de Salud.

Tema 4. Ley de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha: Disposiciones generales; Plan de Salud 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 estatutario 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 27/03/2024, de la Dirección-Gerencia, del procedimiento para la certificación negativa del Registro Central de Delincuentes Sexuales y de Trata de Seres Humanos del personal de las instituciones sanitarias del 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, sujetaciones 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.

La Constitución Española: Su estructura y contenido; Título Preliminar; Título I. De los Derechos y Deberes Fundamentales. La protección de la salud en la Constitución. La igualdad efectiva entre hombres y mujeres Políticas de igualdad. Medidas de protección integral contra la violencia de género

Introducción

La Constitución Española de 1978 se erige como la norma suprema del ordenamiento jurídico español, articulando los principios fundamentales que regulan la convivencia democrática en el país. Este marco normativo establece los derechos, deberes y libertades de los ciudadanos, además de fijar las bases para el desarrollo de políticas públicas orientadas a la igualdad, la protección de la salud y la erradicación de la violencia de género. Su análisis resulta esencial para comprender la estructura del Estado y los compromisos adquiridos en materia de derechos fundamentales y justicia social.

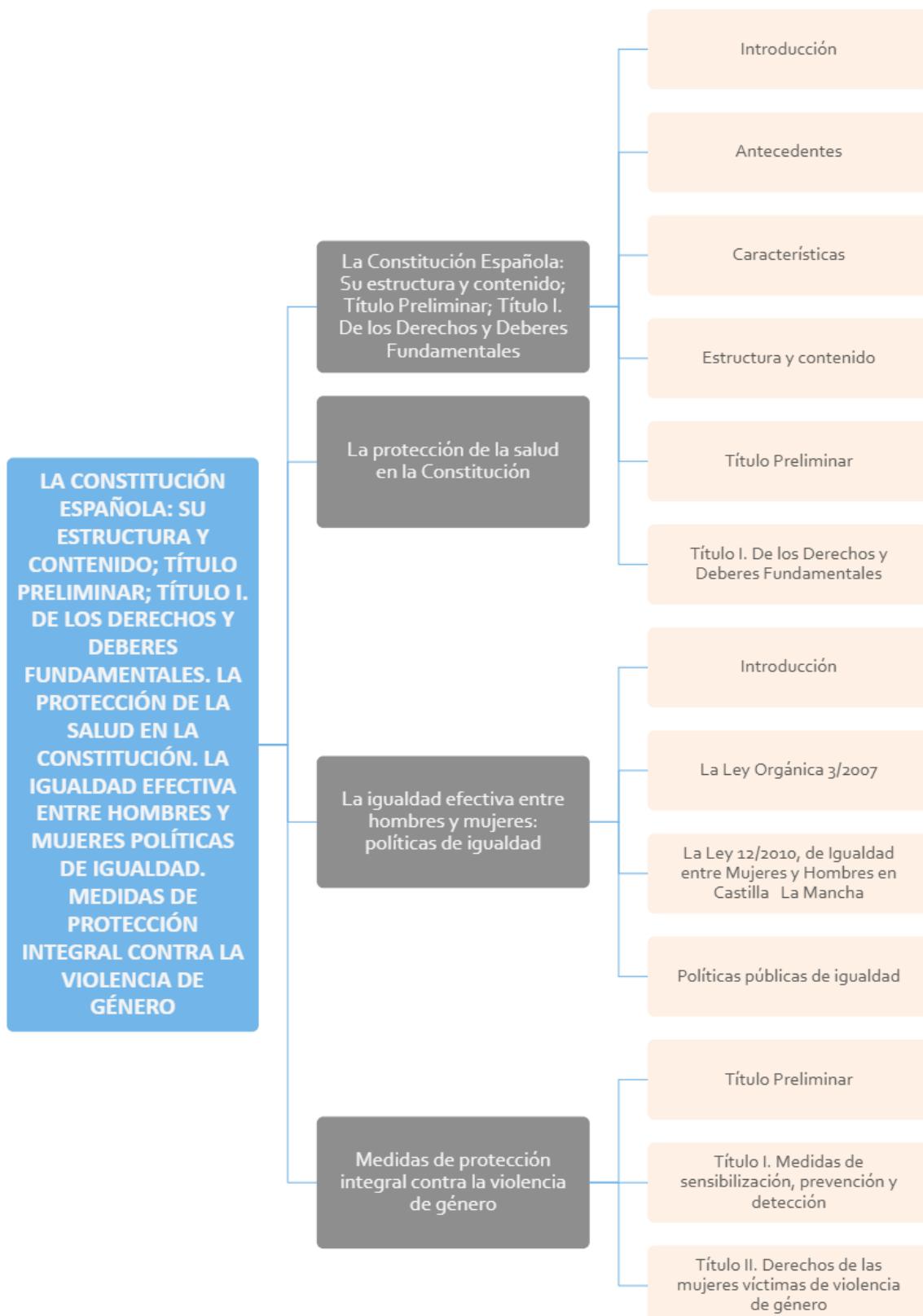
El estudio de la Constitución Española abarca desde su estructura y contenido general, pasando por el Título Preliminar y el Título I, dedicado a los derechos y deberes fundamentales, hasta aspectos específicos como la protección de la salud y la igualdad efectiva entre hombres y mujeres.

Estas cuestiones constituyen pilares esenciales en el diseño de políticas públicas destinadas a garantizar una sociedad más justa, equitativa y respetuosa de los derechos humanos.

Objetivos

- Comprender la estructura y el contenido de la Constitución Española de 1978, identificando sus principales características, antecedentes históricos y elementos normativos esenciales, con especial atención al Título Preliminar y al Título I.
- Analizar los derechos y deberes fundamentales recogidos en la Constitución, diferenciando entre derechos individuales, colectivos y sociales, así como las garantías y posibles limitaciones establecidas en situaciones excepcionales.
- Evaluar el impacto de las políticas públicas en la protección de la salud, la promoción de la igualdad efectiva entre hombres y mujeres y la prevención de la violencia de género, a través del estudio de la legislación orgánica y autonómica vigente.

Mapa Conceptual



1. La Constitución Española: Su estructura y contenido; Título Preliminar; Título I. De los Derechos y Deberes Fundamentales

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.
- De la Ley Fundamental de Bonn de 1949, la de mayor influencia, el catálogo de derechos y libertados, o la calificación del Estado como social y democrático de derecho (aunque de alguna manera ya lo recogía la Constitución española de 1931), así como el mecanismo de la moción de censura constructiva, que debe incluir un candidato alternativo a la presidencia del Gobierno.
- De la Constitución francesa de 1958, su influencia se plasma en lo referente a los valores constitucionales, la organización estatal, y las relaciones entre las cámaras legislativas.
- De la Constitución portuguesa de 1976 se recibe influencia también en todo lo relativo a la regulación de los derechos y libertades fundamentales, notándose en ellos el impacto de los Convenios Internacionales en la materia.
- Lo relativo al Título II, de la Corona, se ve claramente influenciado por lo dispuesto en diferentes constituciones históricas de monarquías europeas, especialmente por lo recogido en las constituciones sueca y holandesa, de donde se importa también el reconocimiento de la figura del Defensor del Pueblo (ombudsman).
- En cuanto a la influencia del Derecho Internacional, la Constitución se remite expresamente al mismo en varios preceptos, especialmente en lo relativo a la interpretación de los derechos fundamentales, en que habrá que estar a cuantos Convenios o Tratados hayan sido suscritos, y a la jurisprudencia de los Organismos Internacionales.

El Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha: Instituciones de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha; Competencias de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. La Administración Autonómica: Organización y estructura básica

Introducción

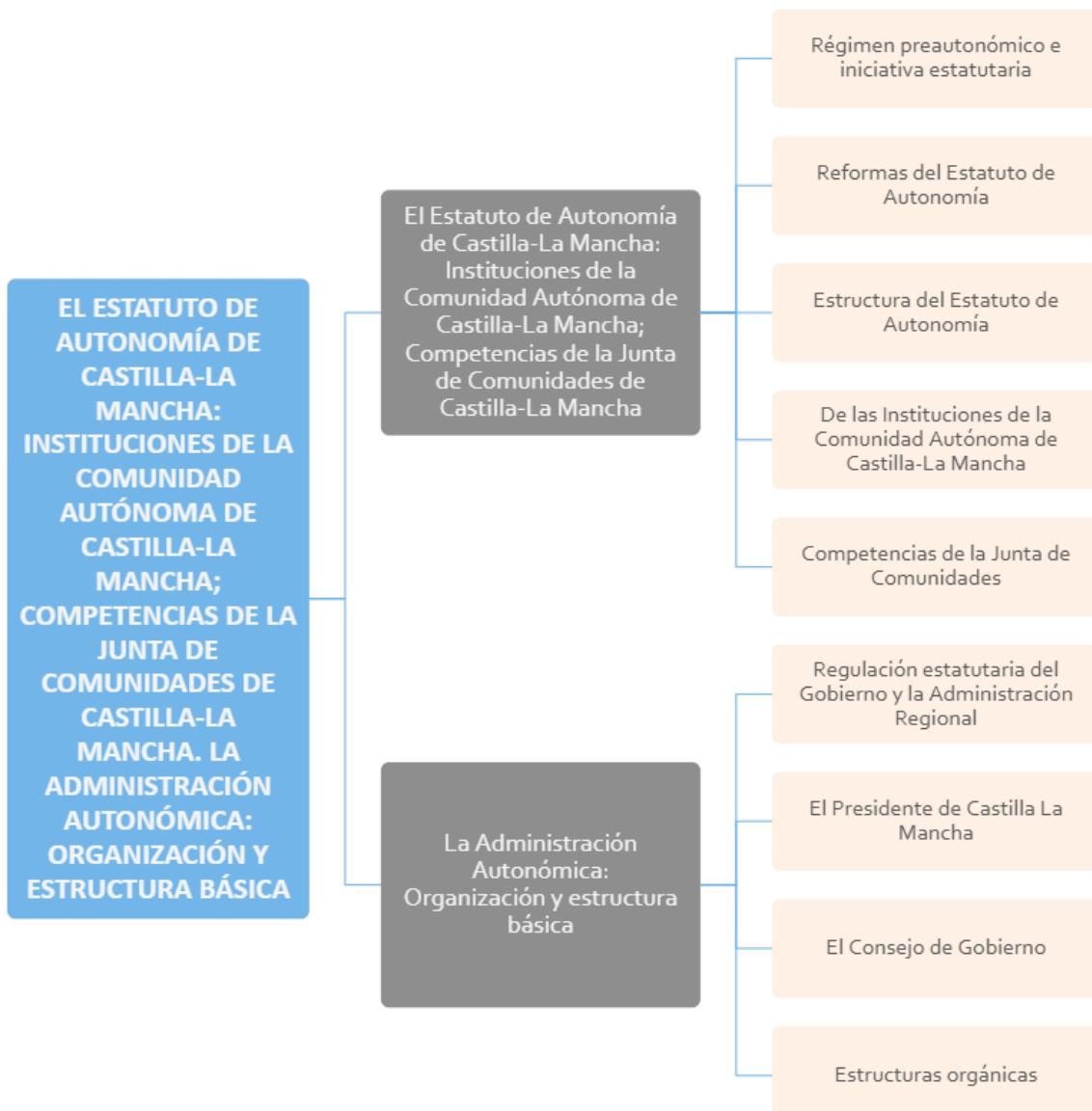
El Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha, aprobado en 1982, constituye la norma institucional básica que regula la organización y funcionamiento de esta Comunidad Autónoma. Este texto recoge las competencias asumidas por la Junta de Comunidades, definiendo los órganos que conforman las instituciones autonómicas y estableciendo el marco jurídico para el ejercicio de la autonomía política, económica y administrativa.

El análisis del Estatuto de Autonomía abarca desde sus antecedentes, régimen preautonómico e iniciativas para su aprobación, hasta sus reformas y estructura actual. Asimismo, se profundiza en las competencias asignadas a la Junta de Comunidades y en la organización de la Administración autonómica, incluidas las figuras clave como el Presidente, el Consejo de Gobierno y las estructuras orgánicas que articulan el funcionamiento del Gobierno regional.

Objetivos

- Comprender el contexto histórico y jurídico del Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha, analizando su régimen preautonómico, las iniciativas estatutarias, sus reformas y la estructura normativa que lo define.
- Identificar las competencias de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, evaluando las áreas de actuación propias de la Comunidad Autónoma y su impacto en la gestión regional.
- Analizar la estructura de la Administración autonómica, con especial atención a la regulación estatutaria del Gobierno, el papel del Presidente, el Consejo de Gobierno y las estructuras orgánicas que garantizan su operatividad.

Mapa Conceptual



1. El Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha: Instituciones de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha; Competencias de la Junta de Comunidades 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 totalidad con texto alternativo fue presentada por el Grupo Parlamentario Comunista, basándose en la falta de consenso y en deficiencias técnicas y políticas. Ambas fueron desestimadas en el Pleno celebrado el 20 de abril de 1982.

Tras su paso por la **Comisión Constitucional del Congreso**, el Pleno debate el Dictamen de la Comisión los días 16 y 17 de junio de 1982, siendo aprobado en una votación final de conjunto por 244 votos favorables, 18 negativos, 4 abstenciones y 1 nulo.

El **Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha** se aprobó por Ley Orgánica 9/1982, de 10 de agosto, y entró en vigor el día 17 de agosto de 1982.

De conformidad con lo dispuesto en la Disposición transitoria tercera del Estatuto y, en tanto no se celebraran las primeras elecciones a las Cortes de Castilla-La Mancha, habría de constituirse una Asamblea provisional integrada por un número de miembros igual al de Diputados y Senadores a Cortes Generales por las cinco provincias, designados por los partidos políticos en número igual al de sus parlamentarios en las Cortes Generales, de entre personas que ostentaran cargo electivo.

La **Asamblea Provisional de las Cortes de Castilla-La Mancha** se constituyó el 15 de septiembre de 1982, y procedió a la elección del Presidente de la Junta de Comunidades, con lo que quedó disuelto el Ente Preautonómico.

Ley General de Sanidad: Organización general del Sistema Sanitario Público; Los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y las Áreas de Salud

Introducción

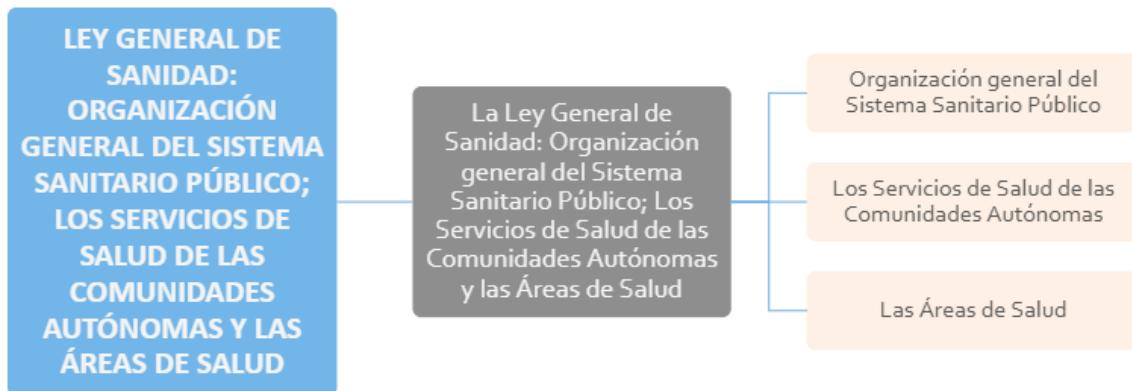
La Ley General de Sanidad (Ley 14/1986) establece las bases organizativas y funcionales del Sistema Sanitario Público en España, diseñado para garantizar el derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos. Este sistema se organiza bajo el principio de descentralización, otorgando a las Comunidades Autónomas competencias para la gestión de los Servicios de Salud, mientras que el Estado asume funciones de coordinación y supervisión general.

Dentro de esta estructura, las Áreas de Salud se configuran como unidades territoriales fundamentales para la planificación y gestión sanitaria, orientadas a integrar servicios de atención primaria y especializada. La organización del sistema busca asegurar una cobertura integral y equitativa, promoviendo la calidad asistencial y la participación comunitaria en la toma de decisiones y el seguimiento de la política sanitaria.

Objetivos

- Comprender la organización general del Sistema Sanitario Público en España, según lo establecido por la Ley General de Sanidad, identificando los principios básicos de su estructura y funcionamiento.
- Analizar las funciones y competencias de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, destacando su rol en la gestión descentralizada y el impacto de la coordinación estatal.
- Describir la estructura, funciones y características de las Áreas de Salud, evaluando su papel en la planificación y prestación de servicios sanitarios en el marco del Sistema Nacional de Salud.

Mapa Conceptual



1. La Ley General de Sanidad: Organización general del Sistema Sanitario Público; Los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y las Áreas de Salud

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 descentralizada, 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.

DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

Artículo 1. La presente Ley 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.

Los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan.

Para el ejercicio de los derechos que esta Ley establece están legitimadas, tanto en la vía administrativa como jurisdiccional, las personas a que se refiere el apartado 2 de este artículo.

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

Introducción

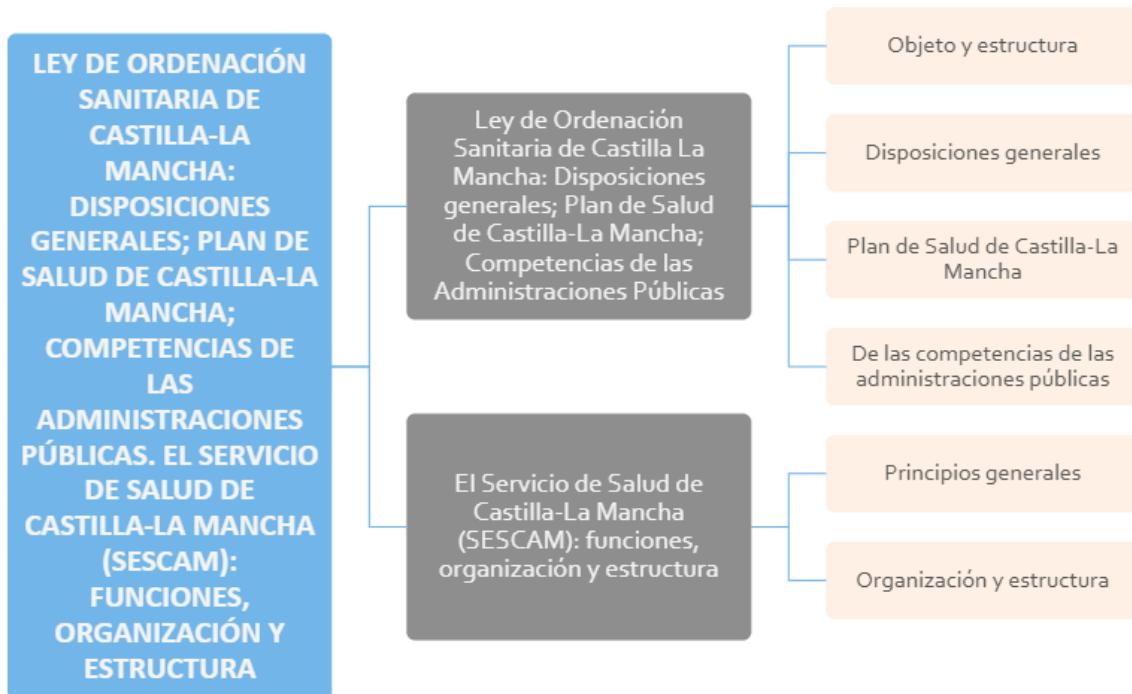
La Ley General de Sanidad (Ley 14/1986) establece las bases organizativas y funcionales del Sistema Sanitario Público en España, diseñado para garantizar el derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos. Este sistema se organiza bajo el principio de descentralización, otorgando a las Comunidades Autónomas competencias para la gestión de los Servicios de Salud, mientras que el Estado asume funciones de coordinación y supervisión general.

Dentro de esta estructura, las Áreas de Salud se configuran como unidades territoriales fundamentales para la planificación y gestión sanitaria, orientadas a integrar servicios de atención primaria y especializada. La organización del sistema busca asegurar una cobertura integral y equitativa, promoviendo la calidad asistencial y la participación comunitaria en la toma de decisiones y el seguimiento de la política sanitaria.

Objetivos

- Comprender la organización general del Sistema Sanitario Público en España, según lo establecido por la Ley General de Sanidad, identificando los principios básicos de su estructura y funcionamiento.
- Analizar las funciones y competencias de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, destacando su rol en la gestión descentralizada y el impacto de la coordinación estatal.
- Describir la estructura, funciones y características de las Áreas de Salud, evaluando su papel en la planificación y prestación de servicios sanitarios en el marco del Sistema Nacional de Salud.

Mapa Conceptual



1. Ley de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha: Disposiciones generales; Plan de Salud de Castilla-La Mancha; Competencias de las Administraciones Públicas

1.1. 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.
 - El Capítulo I de este Título regula las características fundamentales del Sistema Sanitario y determina el órgano al que corresponde su dirección.
 - El Capítulo II está dedicado al Consejo de Salud de Castilla-La Mancha que es el máximo órgano de participación comunitaria en el Sistema Sanitario. Se establece la composición de este Consejo y las funciones que debe desempeñar.
 - El Capítulo III contiene la relación de funciones que debe cumplir el Sistema Sanitario y formula las actuaciones que debe llevar a cabo en materia de salud pública, asistencia sanitaria y salud laboral. También regula una serie de actuaciones que debe realizar la Administración Sanitaria de Castilla-La Mancha en relación con la salud individual y colectiva, la evaluación del grado de cumplimiento en materia sanitaria y las medidas preventivas que pueden adoptar las Administraciones Públicas en caso de riesgo inminente para la salud. Por último, en este Capítulo se regula la inspección sanitaria, las infracciones y las sanciones en materia sanitaria y los órganos competentes para imponer las sanciones.
 - El Capítulo IV establece las fuentes de financiación del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha.
- El **Título VI** regula la estructura del Sistema Sanitario en dos planos: territorial y funcional.

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 estatutario fijo

Introducción

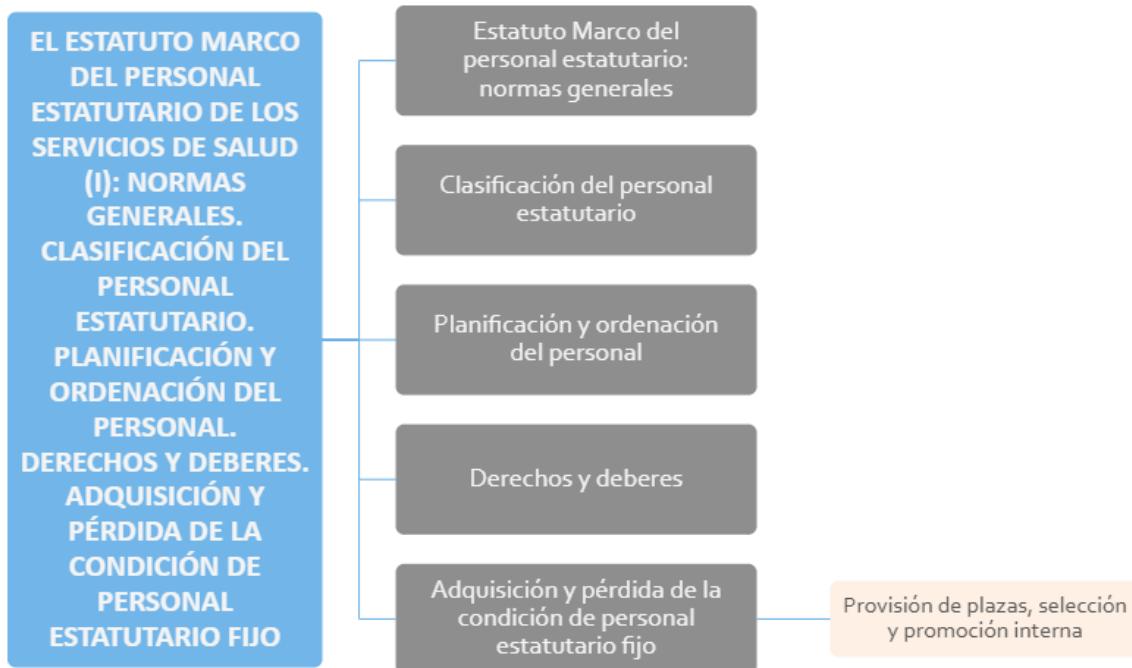
El Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud regula las normas generales que rigen la relación profesional del personal estatutario en el ámbito sanitario público. Este marco normativo establece criterios de clasificación, planificación y ordenación del personal, garantizando una gestión eficiente y homogénea en todo el Sistema Nacional de Salud. Además, detalla los derechos y deberes de este personal, asegurando su adecuado desempeño profesional y protección laboral.

Asimismo, se describen los procedimientos para la adquisición y pérdida de la condición de personal estatutario fijo, incluyendo los mecanismos de provisión de plazas, selección y promoción interna. Este enfoque integral busca equilibrar las necesidades organizativas de los servicios de salud con las expectativas profesionales del personal, promoviendo una atención sanitaria de calidad y un desarrollo profesional continuo.

Objetivos

- Identificar las normas generales del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud y comprender su impacto en la organización y funcionamiento del sistema sanitario.
- Analizar la clasificación, planificación y ordenación del personal estatutario, así como los derechos y deberes que regulan su actividad profesional.
- Comprender los procesos de provisión de plazas, selección, promoción interna y los supuestos que determinan la adquisición y pérdida de la condición de personal estatutario fijo.

Mapa Conceptual



1. Estatuto Marco del personal estatutario: normas generales

El **Estatuto Marco** aborda la organización y evolución del Sistema Nacional de Salud (SNS) en España, creado en 1986 mediante la Ley General de Sanidad, en respuesta al modelo político y territorial establecido por la Constitución y los Estatutos de Autonomía. Este sistema integra los servicios de salud públicos bajo un funcionamiento coordinado y armónico, adaptado a las particularidades de cada comunidad autónoma, incluyendo el régimen jurídico del personal sanitario, compuesto por funcionarios, personal laboral y personal estatutario. Sin embargo, este último ha operado mayoritariamente bajo normas preconstitucionales, lo que ha generado la necesidad de una actualización acorde con los principios autonómicos y las demandas actuales de la asistencia sanitaria.

Para abordar esta actualización, se diseña un estatuto marco que regula las bases del régimen del personal estatutario, sustituyendo los tres antiguos estatutos sectoriales. Este marco busca mejorar la eficacia del SNS mediante medidas que incrementen la motivación de los profesionales, modernicen las relaciones laborales, descentralicen los procesos de selección y promoción, personalicen las condiciones de trabajo (como salarios y dedicación) y adapten las plantillas a las necesidades de los centros. Además, el estatuto establece un sistema que respeta tanto la autonomía de las comunidades como los principios básicos de coordinación del SNS.

La **ley** se estructura en 14 capítulos que abarcan todos los aspectos del régimen jurídico del personal estatutario. Define su carácter funcional, los criterios de clasificación según funciones y niveles de titulación, y regula la figura del personal temporal. También establece mecanismos de planificación, como registros de personal dentro del Sistema de Información Sanitaria, y aborda la provisión de plazas, selección, promoción interna y los derechos y deberes del personal. Además, promueve la movilidad entre comunidades autónomas y regula la carrera profesional, retribuciones y descansos.

Especial atención se dedica a la **incorporación de directivas europeas** sobre seguridad y salud laboral, adaptándolas a las necesidades específicas del sector sanitario, como el funcionamiento continuo de los centros. Se establecen límites a la jornada laboral y regímenes de descanso que garanticen tanto la protección del trabajador como la prestación ininterrumpida de servicios a la población.

Finalmente, la ley incluye **disposiciones sobre el régimen disciplinario, incompatibilidades, representación y negociación colectiva**. También introduce medidas transitorias para su implementación progresiva, derogando normas previas, y consolida un modelo organizativo que refuerza la cohesión y calidad del SNS, con vistas a su modernización y mejora continua.

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.

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

Introducción

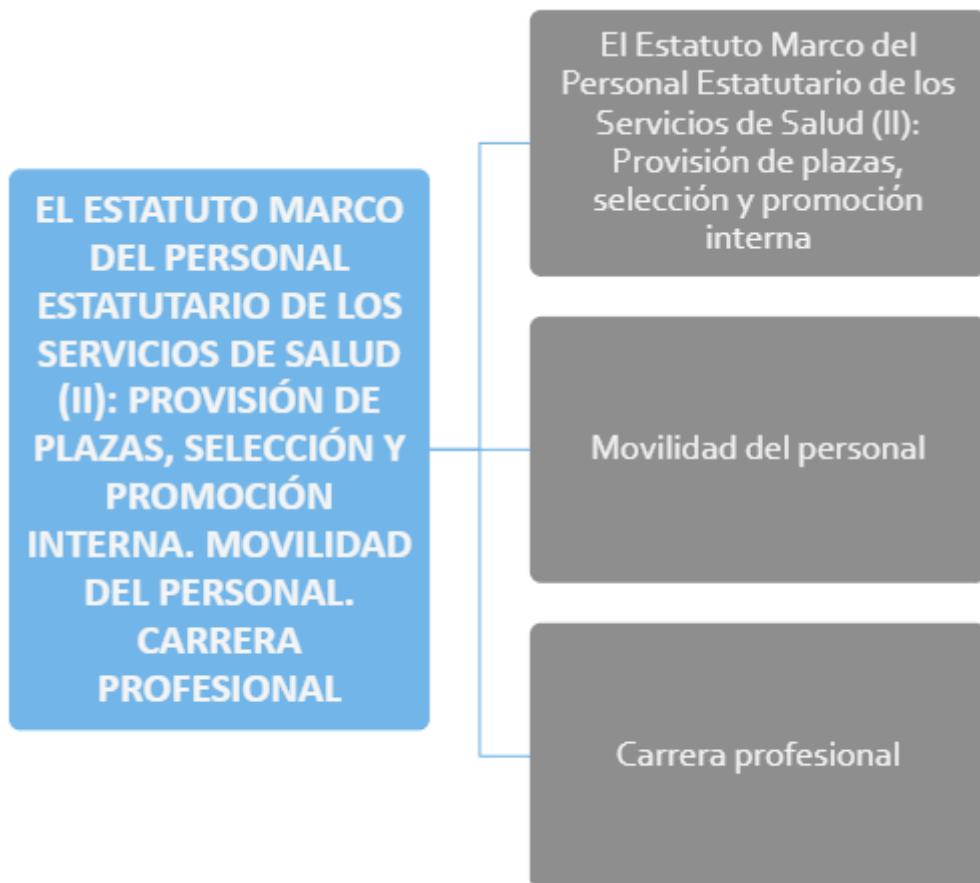
El Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud regula diversos aspectos esenciales para la gestión del personal en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Este marco establece las bases para la provisión de plazas, selección y promoción interna, garantizando principios como la igualdad, el mérito y la capacidad en los procesos de selección. Además, se promueve la movilidad del personal entre diferentes servicios de salud, facilitando su reubicación según las necesidades del servicio y la carrera profesional, un instrumento clave para el desarrollo y reconocimiento del personal sanitario.

En cuanto a la carrera profesional, el Estatuto Marco establece mecanismos para el avance y la progresión del personal estatutario, fomentando el desarrollo profesional a través de la formación continua y la evaluación del desempeño. La regulación de estos aspectos contribuye a la modernización y la eficiencia del Sistema Nacional de Salud, asegurando una gestión adecuada de los recursos humanos y ofreciendo un marco estable y motivador para los profesionales de la salud.

Objetivos

- Explicar los principios y procesos que rigen la provisión de plazas, selección y promoción interna en los Servicios de Salud, destacando los mecanismos de evaluación y los requisitos establecidos para los aspirantes.
- Describir los procedimientos y criterios que permiten la movilidad del personal dentro del Sistema Nacional de Salud, incluyendo las condiciones para la reasignación de plazas y la promoción interna voluntaria.
- Identificar los componentes y mecanismos de la carrera profesional del personal estatutario, destacando su importancia para el desarrollo profesional, la evaluación continua y la progresión dentro del ámbito sanitario.

Mapa Conceptual



1. El Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud (II): 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.
- En todo caso, el personal podrá ser adscrito a los centros o unidades ubicados dentro del ámbito que en su nombramiento se precise.

CONVOCATORIAS DE SELECCIÓN Y REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN. - La selección del personal estatutario fijo se efectuará, con carácter periódico, en el ámbito que en cada servicio de salud se determine, a través de convocatoria pública y mediante procedimientos que garanticen los principios constitucionales de igualdad, mérito y capacidad, así como el de competencia. Las convocatorias se anunciarán en el boletín o diario oficial de la correspondiente Administración pública.

Los procedimientos de selección, sus contenidos y pruebas se adecuarán a las funciones a desarrollar en las correspondientes plazas incluyendo, en su caso, la acreditación del conocimiento de la lengua oficial de la respectiva comunidad autónoma en la forma que establezcan las normas autonómicas de aplicación.

Las convocatorias y sus bases vinculan a la Administración, a los tribunales encargados de juzgar las pruebas y a quienes participen en las mismas.

Las convocatorias y sus bases, una vez publicadas, solamente podrán ser modificadas con sujeción estricta a las normas de la Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Las convocatorias deberán identificar las plazas convocadas indicando, al menos, su número y características, y especificarán las condiciones y requisitos que deben reunir los aspirantes, el plazo de presentación de solicitudes, el contenido de las pruebas de selección, los baremos y programas aplicables a las mismas y el sistema de calificación.

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

Introducción

El Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud regula diversas áreas fundamentales para garantizar el correcto funcionamiento y la equidad en el trato del personal sanitario dentro del Sistema Nacional de Salud. Este marco normativo establece las condiciones laborales del personal estatutario, abarcando aspectos clave como las retribuciones, la jornada de trabajo, los permisos y licencias, así como las situaciones administrativas que pueden afectar a los profesionales. Además, incluye un régimen disciplinario específico que busca mantener la calidad del servicio y el comportamiento adecuado de los trabajadores.

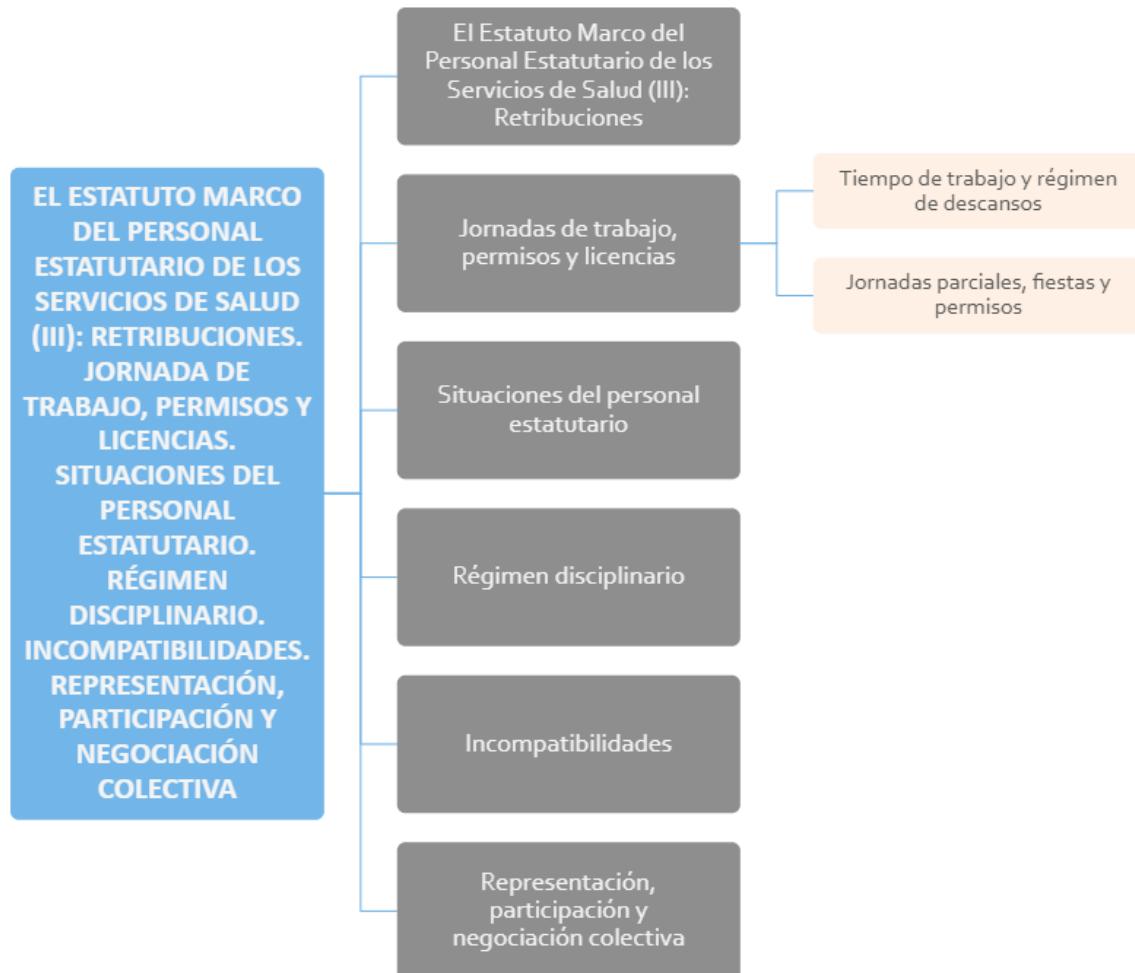
Por otro lado, el Estatuto también regula las incompatibilidades, la representación sindical y la participación en la negociación colectiva, asegurando los derechos de los trabajadores a través de mecanismos de diálogo social.

Estas normativas buscan consolidar un entorno laboral justo y equilibrado, donde se promueva la estabilidad, la formación continua y la mejora de los servicios públicos de salud, todo dentro de un marco de respeto mutuo y participación activa.

Objetivos

- Explicar las normativas que regulan las retribuciones del personal estatutario, destacando las condiciones salariales y los conceptos que componen la retribución, incluyendo las mejoras y actualizaciones que puedan aplicar.
- Analizar las disposiciones sobre la jornada de trabajo, los permisos, licencias y las situaciones del personal estatutario, así como las condiciones relacionadas con el tiempo de trabajo, los descansos, las jornadas parciales y los permisos por motivos personales o familiares.
- Describir el régimen disciplinario que afecta al personal estatutario, las incompatibilidades laborales, y los derechos de representación, participación y negociación colectiva, explicando el marco en el que se desarrollan las relaciones laborales dentro del Sistema Nacional de Salud.

Mapa Conceptual



1. El Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud (III): 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.

Retribuciones básicas. - Las retribuciones básicas son:

a) El sueldo asignado a cada categoría en función del título exigido para su desempeño.

b) Los trienios, que consisten en una cantidad determinada para cada categoría en función de lo previsto en el párrafo anterior, por cada tres años de servicios.

La cuantía de cada trienio será la establecida para la categoría a la que pertenezca el interesado el día en que se perfeccionó.

c) Las pagas extraordinarias serán dos al año y se devengarán preferentemente en los meses de junio y diciembre. El importe de cada una de ellas será, como mínimo, de una mensualidad del sueldo y trienios, al que se añadirá la catorceava parte del importe anual del complemento de destino.

Las retribuciones básicas y las cuantías del sueldo y los trienios a que se refiere el apartado anterior serán iguales en todos los servicios de salud y se determinarán, cada año, en las correspondientes Leyes de Presupuestos. Dichas cuantías de sueldo y trienios coincidirán igualmente con las establecidas cada año en las correspondientes Leyes de Presupuestos Generales del Estado para los funcionarios públicos.

Retribuciones complementarias. - Las retribuciones complementarias son fijas o variables, y van dirigidas a retribuir la función desempeñada, la categoría, la dedicación, la actividad, la productividad y cumplimiento de objetivos y la evaluación del rendimiento y de los resultados, determinándose sus conceptos, cuantías y los criterios para su atribución en el ámbito de cada servicio de salud.

Las retribuciones complementarias podrán ser:

a) Complemento de destino correspondiente al nivel del puesto que se desempeña. El importe anual del complemento de destino se abonará en 14 pagas.

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 27/03/2024, de la Dirección-Gerencia, del procedimiento para la certificación negativa del Registro Central de Delicuentes Sexuales y de Trata de Seres Humanos del personal de las instituciones sanitarias del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

Introducción

La protección de la salud y seguridad de los trabajadores es un principio fundamental en el ámbito laboral, respaldado por la Constitución Española y la normativa europea. El artículo 40.2 de la Constitución establece que los poderes públicos deben velar por la seguridad e higiene en el trabajo, lo que ha dado lugar a la creación de un marco legal robusto, representado principalmente por la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL).

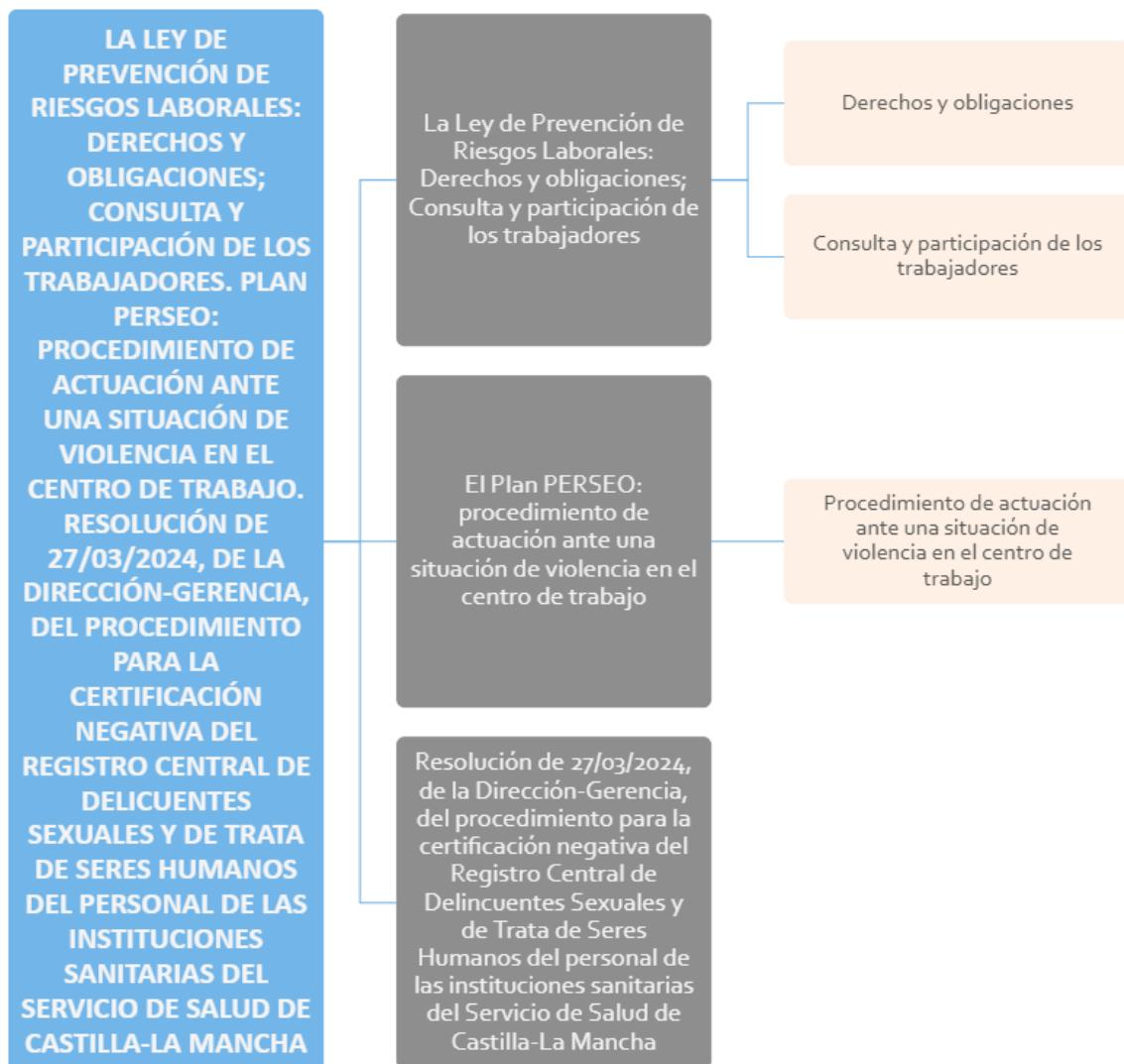
Esta ley no solo transfiere las directrices de la normativa europea a la legislación nacional, sino que también establece un conjunto de derechos y obligaciones para proteger a los trabajadores de los riesgos laborales.

A través de la LPRL, se busca fomentar una cultura de prevención en las empresas, donde la planificación y evaluación de riesgos son esenciales. La ley promueve la participación activa de los trabajadores en la identificación de peligros y en la implementación de medidas preventivas, garantizando así un entorno laboral más seguro y saludable. Este enfoque integral es vital para reducir los accidentes y enfermedades laborales, y para mejorar la calidad de vida en el trabajo.

Objetivos

- Comprender las responsabilidades y obligaciones del empresario en la prevención de riesgos laborales, así como las medidas que deben adoptarse para garantizar la seguridad y salud de los trabajadores en el entorno laboral.
- Identificar los principios de la acción preventiva y su aplicación práctica en la evaluación de riesgos, la planificación de la actividad preventiva y la implementación de medidas de seguridad en el trabajo.
- Reconocer la importancia de la formación, información y participación de los trabajadores en la promoción de un ambiente laboral seguro, así como en la gestión de situaciones de emergencia y riesgo grave e inminente.

Mapa Conceptual



1. La Ley de Prevención de Riesgos Laborales: Derechos y obligaciones; Consulta y participación de los trabajadores

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.

La protección del trabajador frente a los riesgos laborales exige una actuación en la empresa que desborda el mero cumplimiento formal de un conjunto predeterminado, más o menos amplio, de deberes y obligaciones empresariales y, más aún, la simple corrección a posteriori de situaciones de riesgo ya manifestadas. La planificación de la prevención desde el momento mismo del diseño del proyecto empresarial, la evaluación inicial de los riesgos inherentes al trabajo y su actualización periódica a medida que se alteren las circunstancias, la ordenación de un conjunto coherente y globalizador de medidas de acción preventiva adecuadas a la naturaleza de los riesgos detectados y el control de la efectividad de dichas medidas constituyen los elementos básicos del nuevo enfoque en la prevención de riesgos laborales que la Ley plantea. Y, junto a ello, claro está, la información y la formación de los trabajadores dirigidas a un mejor conocimiento tanto del alcance real de los riesgos derivados del trabajo como de la forma de prevenirlos y evitarlos, de manera adaptada a las peculiaridades de cada centro de trabajo, a las características de las personas que en él desarrollan su prestación laboral y a la actividad concreta que realizan.

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

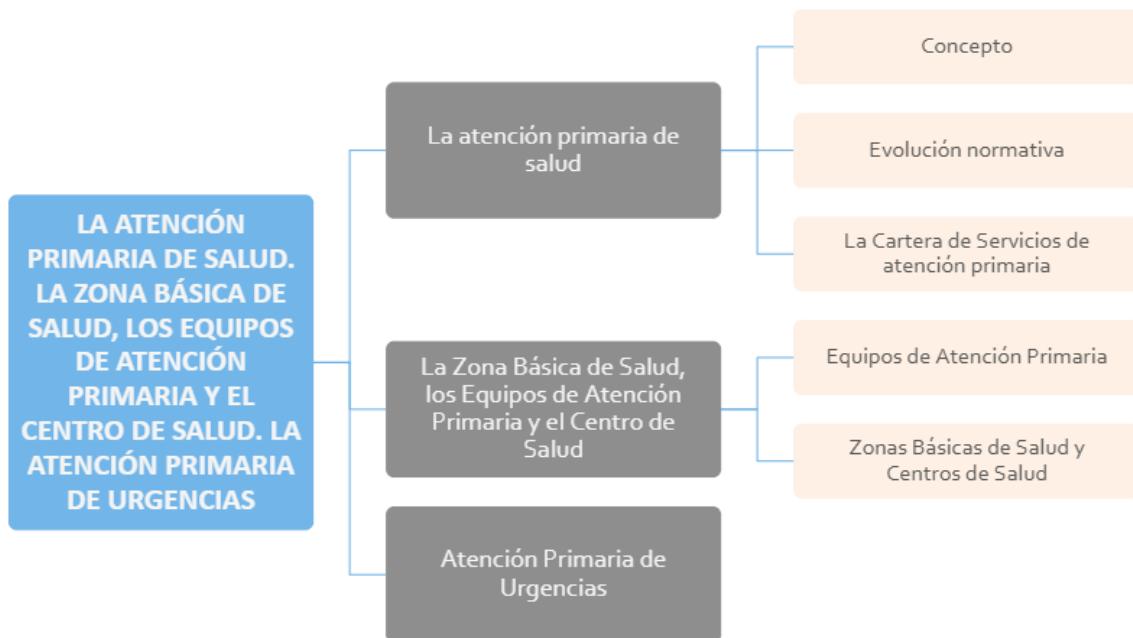
Introducción

La atención primaria de salud es un componente fundamental del sistema sanitario, diseñado para proporcionar asistencia integral y accesible a la población. Esta modalidad de atención se basa en principios de participación comunitaria y autorresponsabilidad, y se organiza en torno a Zonas Básicas de Salud, donde equipos multidisciplinarios trabajan en conjunto para promover la salud y prevenir enfermedades. Este tema aborda la estructura, organización y funciones de la atención primaria de salud, así como su evolución normativa y los programas de salud que se implementan en este contexto.

Objetivos

- Comprender la definición y los principios básicos de la atención primaria de salud.
- Analizar la estructura y organización de los Equipos de Atención Primaria.
- Evaluar la evolución normativa y los programas de salud en Castilla-La Mancha.

Mapa Conceptual



1. La atención primaria de 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.

Reglamentariamente se establecerán las normas de estructura, organización y funcionamiento de los centros y servicios de atención primaria y se garantizará la participación del colectivo de los profesionales en la gestión de los mismos.

1.2. Evolución normativa

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.

El **modelo organizativo de la Atención Primaria vigente hasta el momento** 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.

En el **ámbito de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha**, mediante el Decreto 34/1986, de Ordenación Funcional de los Servicios de Atención Primaria, se procedió a la integración de los medios personales y materiales para la atención primaria en los **Equipos de Atención Primaria (EAP)** y a la regulación de los programas de salud y otros elementos del primer nivel de la atención sanitaria.

Por su parte, el **Decreto 89/2012**, de estructura orgánica y funciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, aborda la adaptación y mejora de la organización de las Instituciones Sanitarias, a través de la introducción de mecanismos que permitan una gestión más eficiente, flexible, y permeable a las necesidades de salud de la población, e introduce, en la asistencia sanitaria, modelos de gestión y fórmulas organizativas con una visión horizontal e integradora de los procesos asistenciales.

La asistencia especializada. El Área Sanitaria. Los Hospitales y los Centros de Especialidades. Estructura, organización y funcionamiento de los Hospitales

Introducción

La atención especializada es un componente crucial del sistema de salud, que abarca una variedad de servicios médicos diseñados para abordar necesidades complejas que no pueden ser tratadas en la atención primaria. Este nivel de atención incluye actividades diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación, así como la promoción de la salud y la educación sanitaria. A través de hospitales y centros médicos de especialidades, se garantiza que los pacientes reciban atención adecuada y oportuna, promoviendo así la continuidad de la atención integral.

Objetivos

- Comprender la Estructura de la Atención Especializada.
- Reconocer las Vías de Acceso a los Servicios de Atención Especializada.
- Evaluar el Funcionamiento de las Áreas de Salud.

Mapa Conceptual



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.

La **atención sanitaria especializada** comprenderá:

- a) La asesoría sobre pacientes requerida desde la atención primaria.
- b) La asistencia especializada en consultas.
- c) La asistencia en hospital de día.
- d) La asistencia en régimen de internamiento.
- e) La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- f) La atención paliativa a enfermos terminales.
- g) La atención a la salud mental, en régimen ambulatorio, de internamiento y domiciliario.
- h) La asistencia y cuidados de rehabilitación.
- i) La atención urgente.
- j) Actividades de información y vigilancia en la protección de la salud cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel.

La atención especializada deberá ser prestada, siempre que sea posible, en régimen ambulatorio.

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

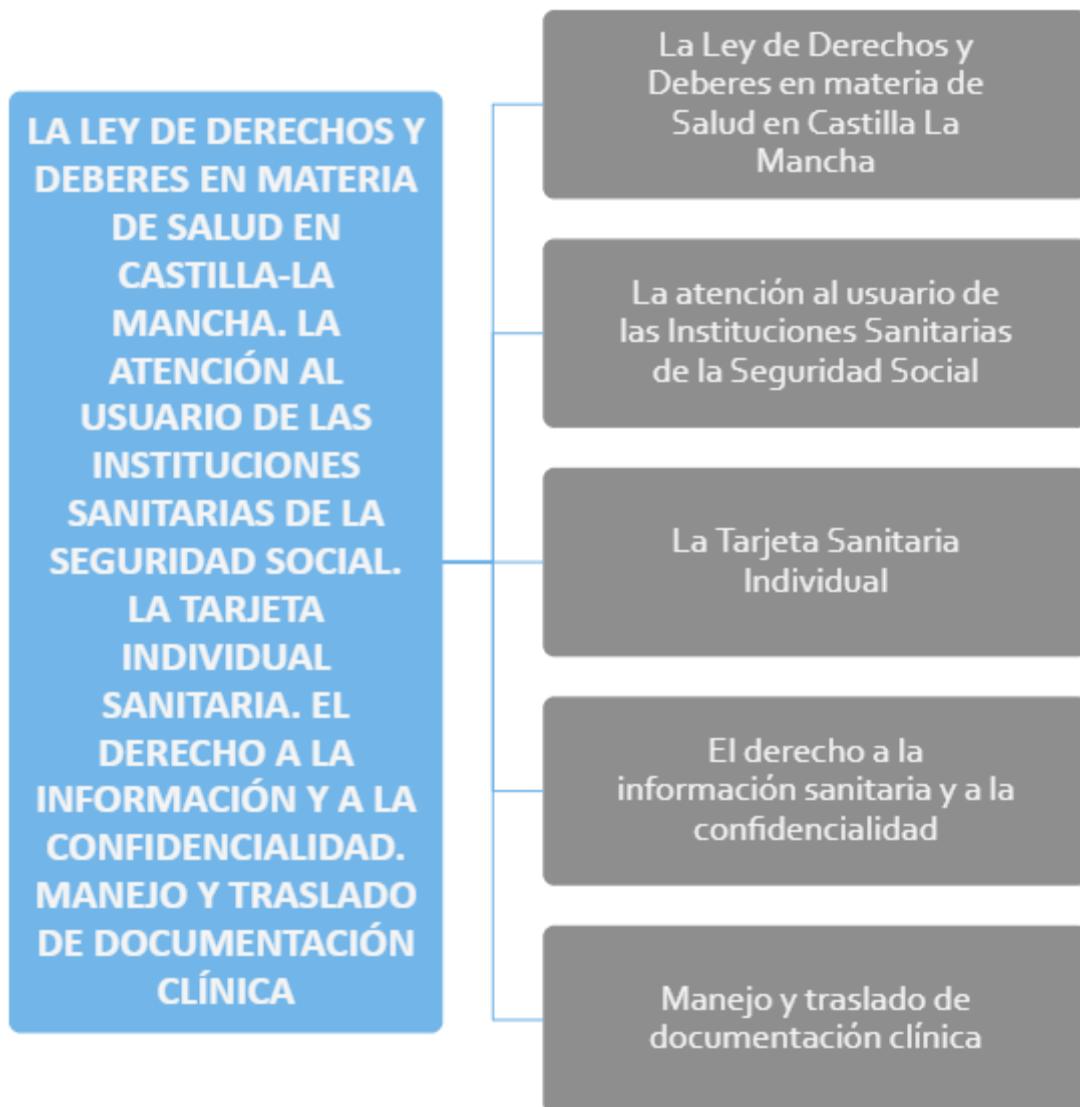
Introducción

La Ley 5/2010 de Castilla-La Mancha establece un marco normativo que regula los derechos y deberes en materia de salud tanto para los pacientes y usuarios como para los profesionales del sistema sanitario. Esta legislación busca sistematizar y profundizar en la protección de la salud, garantizando la participación activa de los ciudadanos en el proceso de toma de decisiones sobre su atención médica. A través de la definición clara de derechos y deberes, la ley promueve una relación equilibrada y de confianza entre los pacientes y los profesionales de la salud, asegurando así un funcionamiento adecuado del sistema sanitario.

Objetivos

- Comprender los derechos y deberes establecidos por la Ley 5/2010 en relación con la salud, tanto para los pacientes como para los profesionales sanitarios, y su importancia en la promoción de una atención sanitaria de calidad.
- Identificar los mecanismos que la ley proporciona para fomentar la participación activa de los ciudadanos en la toma de decisiones sobre su salud y el uso responsable de los servicios sanitarios.
- Analizar la estructura de la Ley 5/2010, incluyendo sus títulos y capítulos, para entender cómo se organizan y articulan los derechos y deberes en el ámbito de la salud en Castilla-La Mancha.

Mapa Conceptual



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.

Los derechos de las personas en materia de salud se desarrollan ampliamente en esta Ley a lo largo del Título I. En general supone una compilación sistematizada de lo establecido con carácter básico por las Leyes estatales citadas, aunque también incorpora nuevos derechos.

El **Título I** se estructura en cinco capítulos.

El Capítulo I recoge los derechos relativos a la intimidad y confidencialidad, destacando el necesario respeto a la confidencialidad de la información relativa a la salud y de los datos genéticos, así como de otros datos personales, aspectos específicos con especial trascendencia en el ámbito asistencial sanitario.

El Capítulo II regula el derecho a la información sanitaria, distinguiendo entre la información asistencial, que se refiere a un proceso concreto de la atención sanitaria, la información epidemiológica y la información no asistencial respecto a la atención sanitaria.

El Capítulo III está dedicado a la protección de los derechos relativos a la autonomía de la decisión sobre la salud, adquiriendo su máxima expresión en el consentimiento informado y en la declaración de voluntades anticipadas.

El Capítulo IV establece las garantías necesarias para el adecuado respeto de los derechos relativos a la documentación sanitaria por parte de los centros, establecimientos y servicios sanitarios.

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

Introducción

El personal subalterno desempeña un papel esencial en el correcto funcionamiento de los centros sanitarios. Entre sus responsabilidades, se encuentran funciones relacionadas con la vigilancia, asistencia al personal sanitario, atención en las áreas de hospitalización y estancias comunes, y la realización de tareas específicas como el aseo del paciente. Este colectivo contribuye a garantizar un entorno seguro y a proporcionar un apoyo fundamental tanto a los pacientes como al personal sanitario.

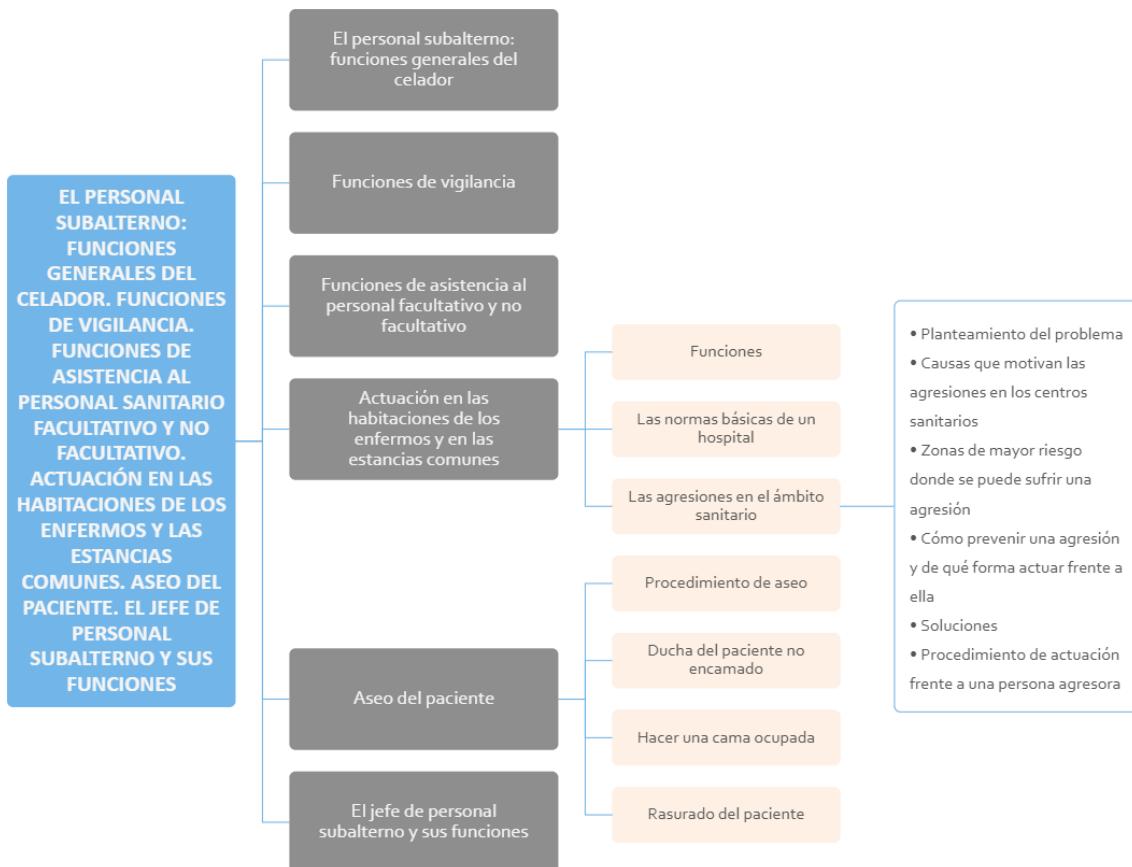
Asimismo, el celador, como figura clave dentro del personal subalterno, se ocupa de tareas que requieren habilidades técnicas y humanas.

Desde mantener la seguridad de las instalaciones hasta asistir en la atención directa al paciente, su trabajo es imprescindible para el cumplimiento de los estándares de calidad y cuidado que rigen en el ámbito sanitario.

Objetivos

- Comprender las funciones generales del celador y del personal subalterno en el entorno hospitalario, incluyendo tareas de vigilancia, asistencia al personal sanitario y atención en áreas comunes.
- Identificar los procedimientos básicos en el aseo del paciente y en la gestión de tareas específicas, como hacer una cama ocupada o realizar el rasurado del paciente, siguiendo las normas de seguridad y confort.
- Analizar las funciones del jefe del personal subalterno y las medidas de prevención y actuación frente a agresiones en el ámbito sanitario, promoviendo un entorno seguro y respetuoso para pacientes y trabajadores.

Mapa Conceptual



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:

1^{a)} 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.

2^{a)} Harán los servicios de guardia que correspondan dentro de los turnos que se establezcan.

3^{a)} 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.

4^{a)} 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.

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

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

7^{a)} 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.

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

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

10) Vigilarán el acceso y estancias de los familiares y visitantes en las habitaciones de los enfermos, no permitiendo la entrada más que a las personas autorizadas, cuidando no introduzcan en las Instituciones más que aquellos paquetes expresamente autorizados por la Dirección.

11) Vigilarán, asimismo, el comportamiento de los enfermos y de los visitantes, evitando que estos 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.

12) Tendrán a su cargo el traslado de los enfermos, tanto dentro de la Institución como en el servicio de ambulancias.

13) Ayudarán, asimismo, a las Enfermeras y Ayudantes de planta al movimiento y traslado de los enfermos encamados que requieran un trato especial en razón a sus dolencias para hacerles las camas.

14) Excepcionalmente, lavarán y asearán a los enfermos masculinos encamados o que no puedan realizarlo por sí mismos, atendiendo a las indicaciones de las Supervisoras de planta o servicio o personas que las sustituyan legalmente en sus ausencias.

15) En caso de ausencia del peluquero o por urgencia en el tratamiento, rasurarán a los enfermos masculinos que vayan a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas en aquellas zonas de su cuerpo que lo requiera.

16) En los quirófanos auxiliarán en todas aquellas labores propias del Celador destinado en estos servicios, así como en las que les sean ordenadas por los Médicos, Supervisoras o Enfermeras.

17) Bañarán a los enfermos masculinos cuando no puedan hacerlo por sí mismos, siempre de acuerdo con las instrucciones que reciban de las Supervisoras de plantas o servicios o personas que las sustituyan.

**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, sujetaciones y
otros**

Introducción

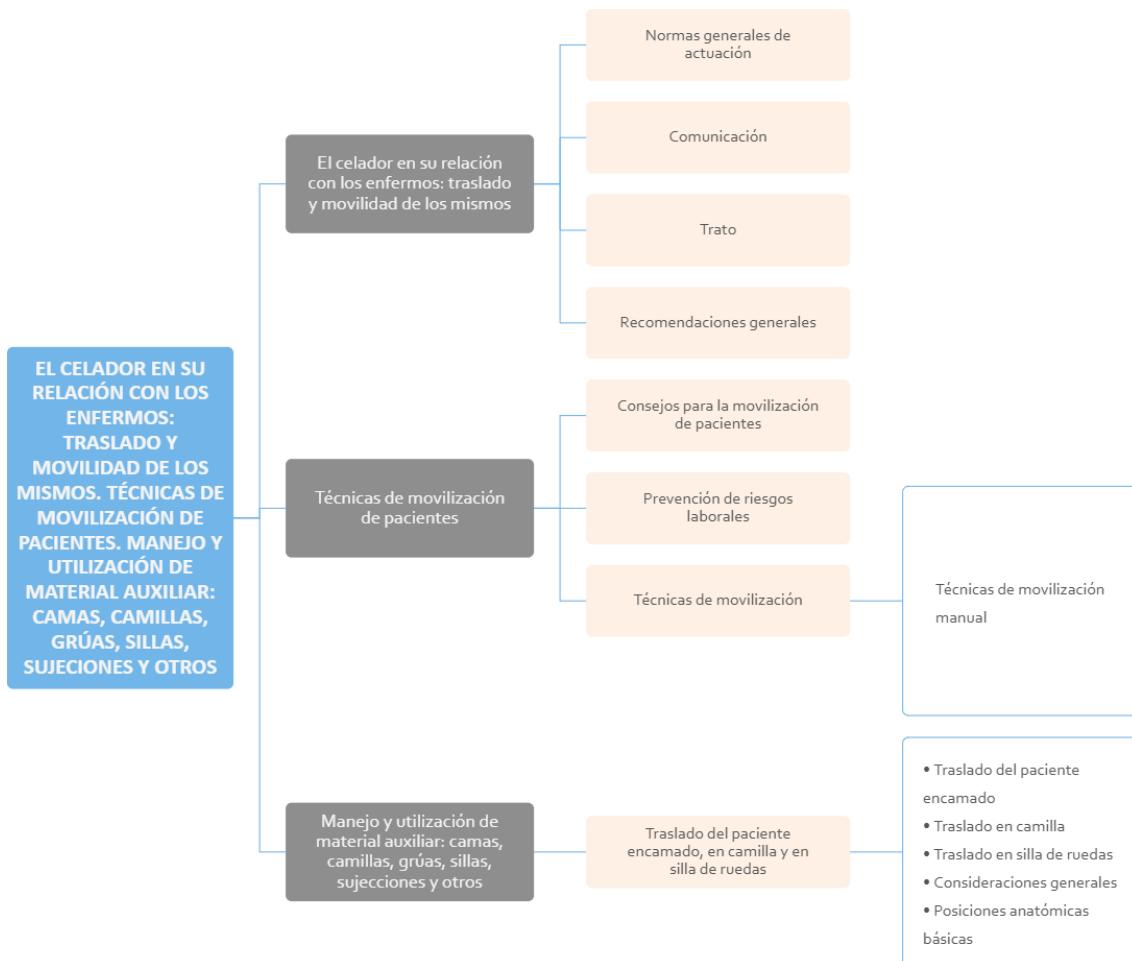
El celador desempeña un papel fundamental en la atención sanitaria, especialmente en la relación directa con los pacientes. Su labor incluye el traslado y la movilidad de los mismos, actividades que requieren no solo habilidad técnica, sino también sensibilidad y empatía para garantizar el confort y la seguridad de las personas atendidas. La correcta movilización de pacientes es esencial tanto para prevenir lesiones como para facilitar el acceso a los cuidados necesarios.

Además, el celador debe manejar de manera adecuada el material auxiliar, como camas, camillas, grúas, sillas y sistemas de sujeción, asegurando que se utilicen conforme a las necesidades del paciente y las normas establecidas. La combinación de conocimientos técnicos, trato humano y prevención de riesgos laborales es clave para el éxito de estas funciones.

Objetivos

- Comprender las normas generales y recomendaciones para el trato, comunicación y traslado de pacientes, garantizando un entorno seguro y respetuoso que fomente su bienestar físico y emocional.
- Aprender las técnicas de movilización manual y el manejo del material auxiliar, incluyendo camas, camillas, grúas, sillas y sistemas de sujeción, asegurando un uso eficiente y seguro.
- Identificar las medidas de prevención de riesgos laborales asociadas a la movilización de pacientes, minimizando posibles lesiones tanto para el personal sanitario como para los propios pacientes durante las tareas de traslado.

Mapa Conceptual



1. El celador en su relación con los enfermos: traslado y movilidad de los mismos

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 faremos 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.

Consejos

- **Cordialidad.** Con el usuario siempre hay que mostrarse amable y afectuoso. Esto hará que él perciba la calidez de nuestra postura y se exprese mucho mejor, rebajando su nivel de nerviosismo.
- **Escucha activa.** Nuestro interlocutor debe darse cuenta de que le vemos y sentimos, que nos interesa lo que dice y que le podemos guiar en la solución de sus dudas.
- **Empatizar.** Ponernos mental y afectivamente en el lugar del usuario, identificando así sus demandas con más facilidad.
- **Respeto.** Aceptar y comprender cómo son los demás sin establecer diferencias de ningún tipo.
- **Solución.** Identificadas las necesidades de nuestro interlocutor, encaminaremos sus demandas hacia las soluciones necesarias para cada caso. De tal forma que sepamos satisfacerle. A veces se dará el caso de que no está en nuestra mano, entonces en vez de enviarle “de ventanilla en ventanilla”, consultaremos con nuestros encargados las dudas, para que sean ellos los que a través de nosotros, ofrezcan las soluciones.
- **Ante una queja:**
 - Deberemos observar la misma actitud que en el apartado anterior.
 - No nos pondremos a la defensiva, pues el establecimiento de muros en la comunicación no soluciona los problemas.
 - Evitaremos la discusión con el usuario, pues esto también agrava el tono de las conversaciones.
 - Derivaremos a nuestro interlocutor al Servicio de Atención Al Paciente, y si es necesario le acompañaremos.
 - Pondremos a disposición de nuestros encargados las quejas que se nos planteen así como las soluciones a dar, en caso de ser necesario.

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

Introducción

El entorno hospitalario exige que los celadores desarrollen sus funciones bajo estrictas normas de higiene y esterilización, especialmente en áreas críticas como quirófanos y urgencias. Estas medidas garantizan la seguridad de los pacientes y del personal, minimizando riesgos de infecciones y favoreciendo un entorno sanitario adecuado. El celador también tiene un papel clave en la recepción, movilización y traslado de pacientes en situaciones de urgencia, donde la rapidez y la precisión son fundamentales.

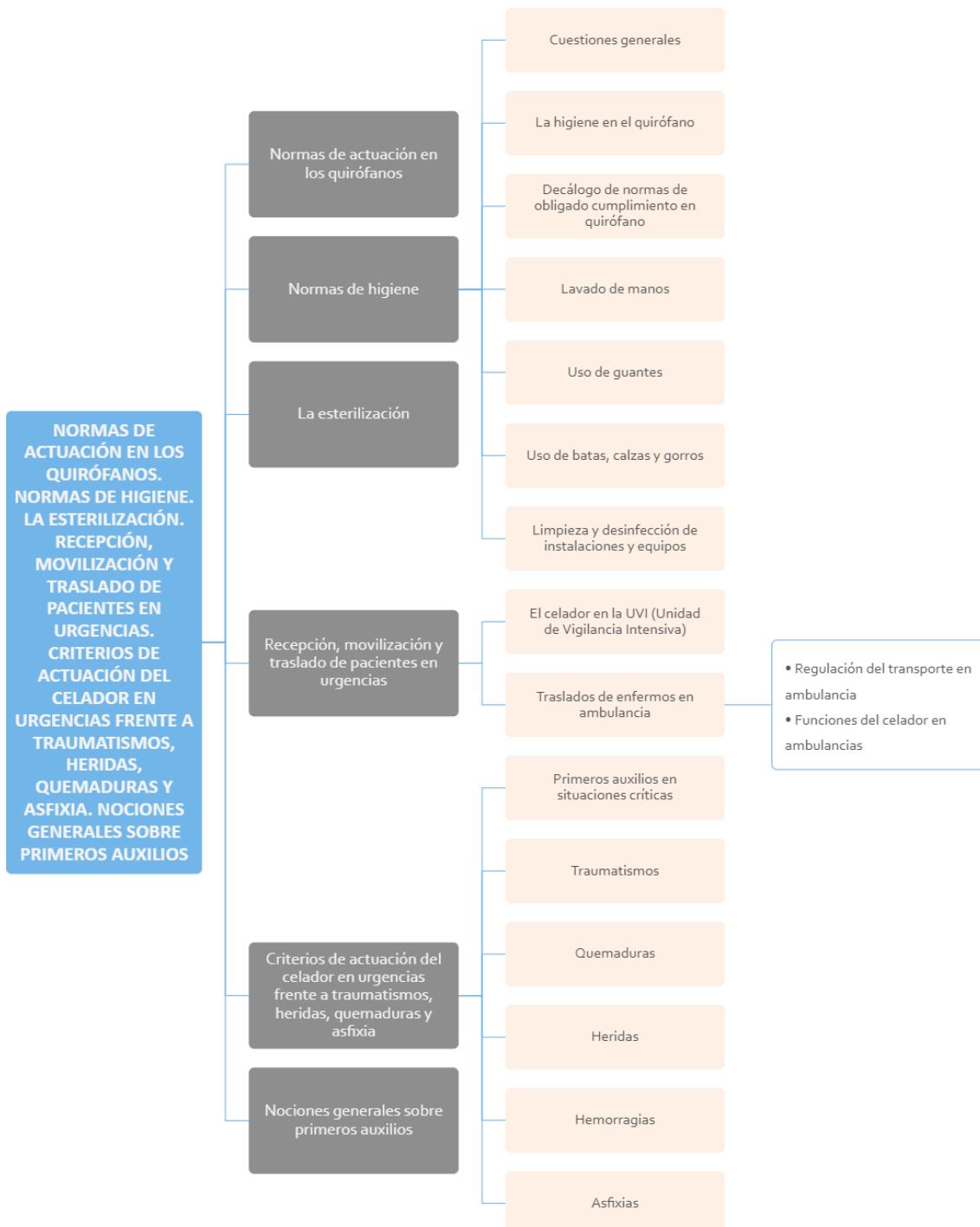
Además, el celador debe conocer criterios básicos de actuación frente a situaciones críticas como traumatismos, heridas, quemaduras y asfixias, aportando apoyo al equipo sanitario y aplicando nociones de primeros auxilios cuando sea necesario.

Este conjunto de conocimientos y habilidades resulta imprescindible para el desempeño eficaz de sus responsabilidades en áreas tan exigentes.

Objetivos

- Comprender y aplicar las normas de higiene y esterilización en quirófanos y áreas críticas, incluyendo el lavado de manos, uso de equipo de protección personal y desinfección de instalaciones y equipos.
- Adquirir competencias en la recepción, movilización y traslado de pacientes en urgencias y transporte en ambulancia, asegurando un manejo seguro y eficiente acorde a la regulación vigente.
- Identificar criterios de actuación frente a emergencias médicas comunes, como traumatismos, quemaduras, heridas, hemorragias y asfixias, aplicando principios de primeros auxilios para ofrecer una respuesta adecuada y oportuna.

Mapa Conceptual



1. Normas de actuación 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.
- Trasladará 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 sera 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 preciso, 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.
- Ajustarán la iluminación del quirófano.
- Estabilizará y elevará la cama quirúrgica.

- Ayudará al auxiliar en el transporte del material a la Unidad de Esterilización.
- Mantendrá limpios los transfer utilizados para el traslado de los enfermos y ordenadas las camillas. Al finalizar la jornada las camillas deben quedar ordenadas en la espera de camas.
- Cuando un enfermo ingrese grave en el hospital por haber sufrido algún accidente deba ser intervenido de inmediato y su estado de limpieza no sea el adecuado, los celadores ayudarán a su lavado para la preparación del mismo y que pueda ser intervenido con la mayor brevedad posible. Hay que tener en cuenta que los enfermos cardíacos se deben mover lo menos posible.
- Transportará el material, aparatos o mobiliario que se les requiera hacia o desde el quirófano, con diligencia y siempre con sumo cuidado de no causar desperfectos.
- Mantendrá ordenados todos los soportes utilizados en las mesas de los quirófanos de las distintas especialidades en los almacenes y estanterías destinadas a tal fin.
- Observará escrupulosamente las normas internas del Servicio de Quirófano para toda la Unidad, en especial las referidas a la asepsia o higiene.
- Se asegurará al finalizar la jornada quirúrgica que todo queda dispuesto para su uso siguiente, y revisará los quirófanos para que todos dispongan de los elementos necesarios:
 - Arcos para la mesa
 - Soportes para brazos
 - Almohadillas, etc.

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

Introducción

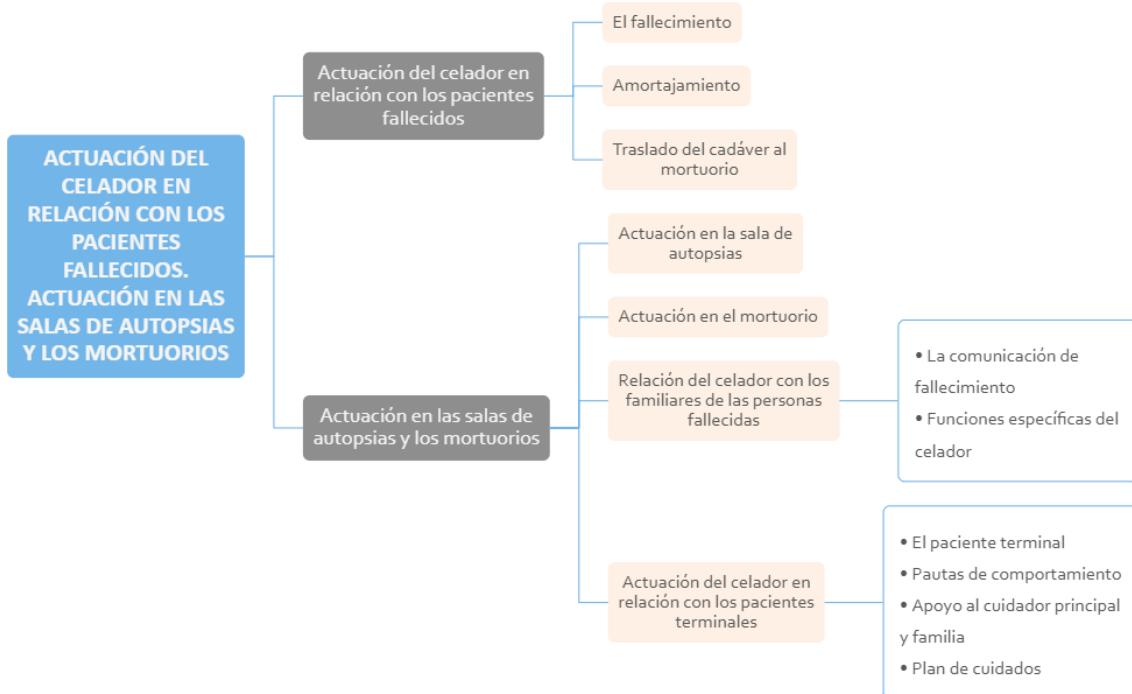
La actuación del celador en relación con los pacientes fallecidos y los entornos de autopsias y mortuorios requiere un enfoque profesional, respetuoso y basado en protocolos específicos. Estas tareas incluyen desde el manejo inicial del fallecimiento hasta la coordinación en salas de autopsias y mortuorios, siempre asegurando la dignidad del paciente fallecido y el apoyo necesario a los familiares. El celador desempeña un papel crucial en garantizar el cumplimiento de las normas de higiene y organización, así como en ofrecer una comunicación adecuada en momentos sensibles.

El trato con pacientes terminales, el acompañamiento a familiares y la planificación de cuidados requieren una preparación emocional y técnica. Es esencial que el celador actúe con empatía y respeto, proporcionando apoyo en situaciones difíciles, mientras colabora estrechamente con el personal sanitario y otros profesionales para mantener la calidad del servicio y la dignidad en todos los procesos.

Objetivos

- Identificar las funciones del celador en el manejo de pacientes fallecidos, incluyendo el amortajamiento, traslado al mortuorio y su papel en el mantenimiento de la dignidad del fallecido.
- Describir los procedimientos en las salas de autopsias y mortuorios, asegurando el cumplimiento de las normas de higiene, organización y comunicación con los familiares.
- Desarrollar habilidades para el acompañamiento y apoyo a pacientes terminales y sus familias, aplicando pautas de comportamiento respetuoso, empatía y colaboración con el equipo sanitario.

Mapa Conceptual



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 mortuorio". 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 movilizando 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 mortuorio.

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.

La muerte no debe afectar a la dignidad del fallecido, por lo que el cuidado respetuoso debe ser la norma básica en nuestras maniobras.

En primer lugar, en caso de que el fallecido comparta habitación con otro paciente, se debe cubrir al cadáver o impedir que se vea mediante la colocación de cortinas, biombos, etc. Si es posible se trasladará al paciente que comparte la habitación con el fallecido a otra habitación, para evitarle las sensaciones propias del amortajamiento.

Asimismo, se solicitará a la familia que abandone la habitación mientras se realiza la tarea.

Nos lavaremos las manos y nos colocaremos guantes de un solo uso. Se preparará todo el material necesario y trasladarlo a la habitación del fallecido;

El amortajamiento consiste básicamente en:

- Desconectar y retirar los dispositivos, sondas y catéteres que tuviera el cadáver.
- Retirar los objetos personales del cuerpo.
- Luego, y antes de que se vaya produciendo la normal rigidez en los miembros del fallecido (rigor mortis), se deben estirar los brazos y las piernas de éste.
- Asear el cadáver.