

Actualización integral para TCAE



Formación y Sanidad

FORMACIÓN Y SANIDAD

Avda. de Filipinas, 1 Bis 1ª Planta

Teléf. 91 342 03 98

Fax: 91 540 93 29

28003 Madrid

www.fysa.es

EDITADO: **FORMACIÓN Y SANIDAD (FYSA)**

Avenida de Filipinas, nº 1 Bis - Escalera Derecha. - 1ª Planta
28003 Madrid

MAQUETACIÓN Y DISEÑO: **OFFKA ARTES GRÁFICAS, S.L.**

TELF. 91 318 07 51

IMPRESIÓN Y ENCUADERNACIÓN: **OFFKA ARTES GRÁFICAS, S.L.**

TELF. 91 318 07 51

RESERVADOS TODOS LOS DERECHOS POR (FYSA) FORMACIÓN Y SANIDAD.

Queda prohibida, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación total ni parcial del contenido de este libro sin contar con autorización expresa por escrito del titular de la propiedad intelectual: FYSA (Formación y Sanidad).

La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual.

(arts. 270 yss. Código Penal).

ISBN: 978-84-614-2945-4

Depósito Legal: M-36660-2010

Impreso en España

Introducción

Este curso ha sido diseñado teniendo en cuenta 2 grandes bloques: un Bloque de Legislación y un Bloque Profesional

El Bloque de Legislación consta de una sola Unidad Didáctica, que contiene información sobre las leyes principales que regulan la función pública de los profesionales del Sistema Nacional de Salud del Estado Español: La Constitución Española, La Ley General de Sanidad, El Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, La Ley de Prevención de Riesgos Laborales y la Ley autonomía del paciente.

El alumno, encontrará en este bloque de legislación, el marco legal de su función pública.

La legislación que regula el Sistema Nacional de Salud, es básica para que el alumno comprenda, y de sentido, a sus actuaciones profesionales dentro la legalidad que regula el sistema.

El Bloque Profesional al consta de 5 unidades didácticas: 1.- La función Auxiliar de Enfermería: Aspectos generales; 2.- La higiene hospitalaria y La prevención de la infección nosocomial; 3.- Atención a las necesidades básicas del paciente; 4.- Atención y preparación del paciente para una exploración o intervención quirúrgica; 5.- Atención en salud mental y dependencia

Con este Bloque Profesional se dan al alumno contenidos docentes centrados en la función del TCAE, en los servicios básicos de salud de atención especializada

Antonio Benítez Leiva
Dirección docente

Este Manual ha sido elaborado para FYSA por:

ANTONIO BENÍTEZ LEIVA

Diplomado Universitario en Enfermería UMA
Profesor Coord. Inst. Sanitarias Facultad Enfermería de la UMA
Experto Procesos Enseñanza Aprendizaje Enfermería en la UMA
Certificado Aptitud Pedagógica UMA
Master Gestión Servicios Sanitarios Universidad de Barcelona
Diplomado Gestión Sanitaria Escuela Andaluza de Salud Pública
Profesional Acreditado Agencia Calidad C.S. Junta Andalucía nivel: Excelente
Carrera Profesional S.A.S nivel 5

MARÍA DEL PILAR CUEVAS MATAS

Diplomada Universitaria Enfermería Esc. Univ. Excma. Diputación Málaga
Certificado de aptitud pedagógica UMA

LEONOR MARIANA RUBIO HIDALGO

Diplomada Universitaria en Enfermería
Experto Universitario: Counseling Interv. Urgen_ Emerg y Catástrofes U.M.A

ÍNDICE GENERAL

BLOQUE LEGISLACIÓN

| | |
|--|----|
| 1. LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA | |
| 1.1. ANTECEDENTES | 3 |
| 1.2. ESTRUCTURA Y CONTENIDO | 3 |
| 1.3. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES | 4 |
| 1.4. LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN LA CONSTITUCIÓN | 6 |
| 1.5. LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA: CAPÍTULOS | 6 |
| 2. LA LEY GENERAL DE SANIDAD. LEY 14/1986, DE 25 DE ABRIL | |
| 2.1. FUNDAMENTOS Y PREÁMBULO | 26 |
| 2.2. LA LEY GENERAL DE SANIDAD: CAPÍTULOS | 27 |
| 3. EL ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD | |
| 3.1. INTRODUCCIÓN | 48 |
| 3.2. EL ESTATUTO MARCO: CAPÍTULOS | 48 |
| 4. LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES | |
| 4.1. OBJETO Y CARÁCTER DE LA NORMA | 54 |
| 4.2. DEFINICIONES | 55 |
| 4.3. DERECHO DE PROTECCIÓN FRENTE A LOS RIESGOS LABORALES. | 56 |
| 4.4. PLAN DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES, EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS Y PLANIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD PREVENTIVA. | 56 |
| 4.5. REGLAMENTO DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN. | 56 |
| 4.6. PLAN DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES. | 57 |
| 4.7. MODALIDADES. | 58 |
| 4.8. ASUNCIÓN PERSONAL POR EL EMPRESARIO DE LA ACTIVIDAD PREVENTIVA | 58 |
| 4.9. SALUD Y TRABAJO | 58 |
| 4.10. ANTECEDENTES, ÁMBITOS Y OBJETIVOS | 61 |
| 4.11. LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: CAPÍTULOS | 62 |

| | |
|----------------------------------|----|
| 5. LEY AUTONOMÍA DEL PACIENTE | |
| 5.1. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS | 65 |
| 5.2. CAPÍTULOS | 67 |

BLOQUE PROFESIONAL

UNIDAD DIDÁCTICA 1: LA FUNCIÓN AUXILIAR DE ENFERMERÍA. ASPECTOS GENERALES

1. EL TRABAJO EN EQUIPO

| | |
|---|----|
| 1.1. ¿QUÉ ES TRABAJAR EN EQUIPO | 72 |
| 1.2. DIFERENCIAS ENTRE EQUIPO DE TRABAJO Y GRUPO DE TRABAJO ... | 72 |
| 1.3. JUSTIFICACIÓN DE UN EQUIPO DE TRABAJO | 73 |
| 1.4. PUESTA EN MARCHA DE UN EQUIPO DE TRABAJO | 74 |
| 1.5. MIEMBRO IDEAL DE UN EQUIPO DE TRABAJO | 78 |
| 1.6. DELEGACIÓN DE COMPETENCIAS | 79 |
| 1.7. COHESIÓN DEL EQUIPO | 80 |
| 1.7.1. LA COHESIÓN DE UN EQUIPO DEPENDE DE MUCHOS FACTORES | 80 |
| 1.8. REUNIONES | 81 |
| 1.9. TOMA DE DECISIONES | 83 |
| 1.10. PENSAMIENTO DE EQUIPO | 84 |
| 1.11. DIFICULTADES | 85 |
| 1.12. CONFLICTOS | 86 |
| 1.13. MOTIVACIÓN | 87 |
| 1.14. AUTONOMÍA | 88 |
| 1.15. FORMARSE | 88 |
| 1.16. EVALUACIÓN DEL EQUIPO | 89 |
| 1.17. RECOMPENSAS | 89 |
| 1.18. EQUIPO EFICAZ | 90 |
| 1.19. EQUIPO QUE NO FUNCIONA | 91 |
| 1.20. AGENDAS OCULTAS | 92 |
| 1.21. EL PLAN DE TRABAJO | 93 |
| 1.22. NORMAS Y PROCEDIMIENTOS | 94 |
| 1.23. LOS RESPONSABLES INMEDIATOS | 95 |

| | |
|--|----|
| 1.23.1. FUNCIONES DE LOS RESPONSABLES INMEDIATOS | 96 |
| 1.23.2. FUNCIÓN ADMINISTRATIVA | 97 |
| 1.23.3. FUNCIÓN DE INFORMACIÓN | 97 |
| 1.24. ADMINISTRACIÓN DEL TIEMPO | 97 |

2. HABILIDADES PARA LA COMUNICACIÓN

| | |
|---|-----|
| 2.1. INTRODUCCIÓN | 99 |
| 2.2. ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN | 99 |
| 2.3. TIPOS DE COMUNICACIÓN | 99 |
| 2.3.1. FUNCIONES DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL | 100 |
| 2.4. ASPECTOS QUE MEJORAN LA COMUNICACIÓN | 100 |
| 2.5. LA EMPATÍA | 101 |

3. LOS ESTILOS DE COMUNICACIÓN

| | |
|--|-----|
| 3.1. LOS ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN Y LAS BARRERAS | 105 |
| 3.2. FENÓMENOS PSICOLÓGICOS Y EMOTIVOS QUE DISTORSIONAN LA COMUNICACIÓN | 105 |
| 3.3. FENÓMENOS FÓRMULAS PARA VENCER LAS BARRERAS | 106 |
| 3.4. COMUNICACIÓN NO VERBAL - POSTURAS Y GESTOS | 106 |
| 3.5. LA CONVERSACIÓN Y SUS ELEMENTOS | 107 |
| 3.5.1. COMPONENTES PRINCIPALES DE UNA CONVERSACIÓN | 107 |
| 3.5.2. REGLAS DORADAS DE LA CONVERSACIÓN | 108 |
| 3.6. MENSAJES QUE FACILITAN Y OBSTRUYEN EL DIÁLOGO | 108 |
| 3.7. LA ARGUMENTACIÓN | 109 |
| 3.7.1. CARACTERÍSTICAS DE LA ARGUMENTACIÓN | 110 |
| 3.7.2. DESARROLLO DE LA ARGUMENTACIÓN | 110 |
| 3.7.3. PRESENTACIÓN DE UN TEMA O PROYECTO | 111 |
| 3.7.4. PRESENTACIÓN DE UN ASUNTO O PLANTEAMIENTO DE UNA CUESTIÓN | 111 |
| 3.8. REUNIONES | 111 |
| 3.8.1. FINALIDADES Y PROBLEMAS FRECUENTES | 111 |
| 3.8.2. PROBLEMAS HABITUALES EN LAS REUNIONES | 112 |
| 3.8.3. PREPARACIÓN DE REUNIONES | 112 |
| 3.8.3.1. PRESENTACIONES ORALES | 113 |
| 3.9. DISTINTOS ESTILOS DE COMUNICACIÓN | 115 |

| | |
|--|-----|
| 3.9.1. ESTILO AGRESIVO DE COMUNICACIÓN | 115 |
| 3.9.2. ESTILO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS | 116 |
| 3.9.3. ESTILO PASIVO DE COMUNICACIÓN | 117 |
| 3.9.4. ESTILO ASERTIVO DE COMUNICACIÓN | 118 |

4. EL ESTRÉS

| | |
|---|-----|
| 4.1. ANSIEDAD Y ESTRÉS | 121 |
| 4.2. DISTINTOS ENFOQUES EN EL ESTUDIO DEL ESTRÉS | 121 |
| 4.2.1. EL ESTRÉS COMO ESTÍMULO | 121 |
| 4.2.2. EL ESTRÉS COMO RESPUESTA | 122 |
| 4.2.3. EL ESTRÉS COMO INTERACCIÓN | 122 |
| 4.3. ESTRÉS LABORAL | 123 |
| 4.3.1. SÍNTOMAS QUE PUEDE PROVOCAR EL ESTRÉS LABORAL | 124 |
| 4.3.2. CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS LABORAL | 125 |
| 4.3.3. EPIDEMIOLOGÍA Y COSTES DEL ESTRÉS LABORAL | 128 |
| 4.3.4. FACTORES PSICOSOCIALES QUE INCIDEN EN EL ESTRÉS LABORAL | 129 |
| 4.4. NORMAS BÁSICAS PARA LA PREVENCIÓN DE PROBLEMAS DE ANSIEDAD Y ESTRÉS | 131 |

5. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA BIOÉTICA.

| | |
|--|-----|
| 5.1. PRINCIPIO DE NO-MALEFICENCIA/BENEFICENCIA | 134 |
| 5.2. PRINCIPIO DE AUTONOMÍA | 135 |
| 5.3. PRINCIPIO DE JUSTICIA | 136 |
| 5.4. LOS DILEMAS ÉTICOS | 136 |

6. EL SECRETO PROFESIONAL: CONCEPTO Y REGULACIÓN JURÍDICA. ARTICULO 199 DEL CÓDIGO PENAL.

| | |
|--|-----|
| 6.1. CONCEPTO DE SECRETO PROFESIONAL. | 148 |
| 6.2. OBJETO DEL SECRETO PROFESIONAL | 148 |
| 6.3. LA CONFIDENCIALIDAD EN EL SECRETO PROFESIONAL | 149 |
| 6.4. REGULACIÓN JURÍDICA DEL SECRETO PROFESIONAL | 149 |

UNIDAD DIDÁCTICA 2: LA HIGIENE HOSPITALARIA Y LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL

| | |
|--|-----|
| 2.1. INFECCIONES NOSOCOMIALES | 156 |
| 2.1.1. CADENA EPIDEMIOLÓGICA | 157 |
| 2.1.1.1. COMPONENTES DE LA CADENA EPIDEMIOLÓGICAL | 157 |
| 2.1.1.2. LA CADENA EPIDEMIOLÓGICA EN LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL | 159 |
| 2.1.1.2.1. PRIMER ESLABÓN: EL AGENTE INFECCIOSO EN SU RESERVORIO Y/O FUENTE DE INFECCIÓN | 160 |
| 2.1.1.2.2. PRIMER ESLABÓN: EL AGENTE INFECCIOSO EN SU RESERVORIO Y/O FUENTE DE INFECCIÓN | 162 |
| 2.1.1.2.2.1. TRANSMISIÓN POR CONTACTO | 163 |
| 2.1.1.2.2.2. TRANSMISIÓN POR GOTITAS .. | 163 |
| 2.1.1.2.2.3. TRANSMISIÓN POR FÓMITES Y VEHÍCULO COMÚN | 163 |
| 2.1.1.2.2.4. TRANSMISIÓN POR EL AIRE.... | 164 |
| 2.1.1.2.3. TERCER ESLABÓN DE LA CADENA: EL HUÉSPED SUSCEPTIBLE | 164 |
| 2.1.1.3. AISLAMIENTO DEL PACIENTE | 165 |
| 2.1.1.3.1. TIPOS DE AISLAMIENTO | 166 |
| 2.1.1.3.2. PRINCIPIOS GENERALES DEL AISLAMIENTO | 166 |
| 2.1.1.3.3. AISLAMIENTO ESTRICTO | 167 |
| 2.1.1.3.4. AISLAMIENTO DE CONTACTO | 168 |
| 2.1.1.3.5. AISLAMIENTO RESPIRATORIO | 169 |
| 2.1.1.3.6. AISLAMIENTO ENTÉRICO O DIGESTIVO | 170 |
| 2.1.1.3.7. AISLAMIENTO PARENTERAL | 171 |
| 2.1.1.3.8. AISLAMIENTO DE PROTECCIÓN O INVERSO | 171 |
| 2.1.1.3.9. AISLAMIENTO DOMICILIARIO | 172 |
| 2.1.1.4. HIGIENE DE LAS MANOS EN EL MEDIO SANITARIO | 173 |
| 2.1.1.4.1. RECOMENDACIONES PARA LA HIGIENE DE LAS MANOS | 173 |
| 2.1.1.4.2. INDICACIONES DEL LAVADO Y ANTISEPSIA DE MANOS | 173 |
| 2.1.1.4.3. TÉCNICA DE LA HIGIENE DE LAS MANOS ... | 174 |
| 2.1.1.4.4. ANTISEPSIA QUIRÚRGICA DE MANOS | 174 |
| 2.1.1.4.5. SELECCIÓN DE PRODUCTOS PARA LA HIGIENE DE LAS MANOS | 175 |

| | | |
|-------------|---|-----|
| 2.1.1.4.6. | CUIDADOS DE LA PIEL | 175 |
| 2.1.1.4.7. | OTROS ASPECTOS DE LA HIGIENE DE LAS MANOS | 176 |
| 2.1.1.5. | SOLUCIONES ALCOHÓLICAS PARA LA HIGIENE DE MANOS EN EL MEDIO SANITARIO | 176 |
| 2.1.1.5.1. | INTRODUCCIÓN | 176 |
| 2.1.1.5.2. | COMPOSICIÓN DE LAS SOLUCIONES ALCOHÓLICAS | 176 |
| 2.1.1.5.3. | LOS ALCOHOLES | 177 |
| 2.1.1.5.4. | MECANISMO DE ACCIÓN | 177 |
| 2.1.1.5.5. | ACTIVIDAD | 177 |
| 2.1.1.5.6. | UTILIZACIÓN DE LAS SOLUCIONES ALCOHÓLICAS | 177 |
| 2.1.1.5.7. | VENTAJAS | 177 |
| 2.1.1.5.8. | INCONVENIENTES | 178 |
| 2.1.1.5.9. | FORMA DE APLICACIÓN | 178 |
| 2.1.1.5.10. | RECOMENDACIONES | 178 |
| 2.2. | GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS | 179 |
| 2.2.1. | INTRODUCCIÓN | 179 |
| 2.2.2. | DEFINICIÓN DE RESIDUO SANITARIO | 179 |
| 2.2.3. | GESTIÓN Y TRATAMIENTO | 179 |
| 2.2.4. | REGULACIÓN DE LOS RESIDUOS EN LA LEY 10/1998, DE 21 DE ABRIL, RESIDUOS | 180 |
| 2.2.4.1. | CONCEPTOS..... | 180 |
| 2.2.4.2. | NORMAS GENERALES SOBRE LA GESTIÓN DE LOS RESIDUOS | 182 |
| 2.2.4.3. | CLASIFICACIÓN DE LOS RESIDUOS SANITARIOS | 183 |
| 2.2.4.4. | TRANSPORTE | 184 |
| 2.2.4.5. | ELIMINACIÓN Y TRATAMIENTO | 184 |
| 2.2.4.6. | REGISTRO Y MEDIDAS DE SEGURIDAD | 186 |
| 2.2.4.7. | SITUACIONES DE EMERGENCIA | 186 |
| 2.3. | CONCEPTOS GENERALES DE HIGIENE HOSPITALARIA | 187 |
| 2.3.1. | ANTISÉPTICO | 187 |
| 2.3.2. | SOLUCIONES LIMPIADORAS | 187 |
| 2.3.3. | DESINFECTANTE | 188 |
| 2.3.4. | ANTIBIÓTICO | 188 |
| 2.3.5. | ESTERILIZACIÓN | 188 |
| 2.3.5.1. | DEFINICIÓN | 188 |

| | | |
|------------|---|-----|
| 2.3.5.2. | LIMPIEZA Y LAVADO | 188 |
| 2.3.5.3. | VALIDACIÓN DE UN CICLO DE ESTERILIZACIÓN | 189 |
| 2.3.5.4. | MÉTODOS DE ESTERILIZACIÓN | 189 |
| 2.3.5.4.1. | MÉTODOS FÍSICOS | 189 |
| 2.3.5.4.2. | MÉTODOS QUÍMICOS | 196 |
| 2.3.5.4.3. | QUÍMICOS GASEOSOS | 202 |
| 2.3.5.5. | CONTROLES EN LA ESTERILIZACIÓN | 205 |
| 2.3.5.5.1. | CONTROLES FÍSICOS | 206 |
| 2.3.5.5.2. | CONTROLES QUÍMICOS | 207 |
| 2.3.5.5.3. | CONTROLES BIOLÓGICOS | 209 |
| 2.3.5.5.4. | CONTROL ESPECÍFICO DEL AUTOCLAVE DE VAPOR – TEST DE BOWIE & DICK | 211 |
| 2.3.5.6. | ÁREA DE ACONDICIONAMIENTO, EMPAQUETAMIENTO, PREPARACIÓN Y ESTERILIZACIÓN DEL MATERIAL (ÁREA LIMPIA) | 212 |
| 2.3.5.7. | ÁREA DE ALMACENADO DEL MATERIAL (ÁREA ESTÉRIL) | 213 |
| 2.3.5.8. | FLUJO DEL MATERIAL Y DEL PERSONAL | 213 |
| 2.3.5.9. | CONTROL Y REGISTRO DEL MATERIAL DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN | 214 |
| 2.4. | MUESTRAS BIOLÓGICAS | 214 |
| 2.4.1. | RECOGIDA Y TRANSPORTE DE LAS MUESTRAS | 214 |
| 2.4.2. | RECEPCIÓN DE LAS MUESTRAS EN EL LABORATORIO | 216 |
| 2.4.3. | CRITERIOS DE RECHAZO DE LAS MUESTRAS | 216 |
| 2.4.4. | TIPOS DE MUESTRAS | 217 |
| 2.4.4.1. | HEMOCULTIVO | 217 |
| 2.4.4.2. | ORINA OBTENIDA POR MICCIÓN MEDIA | 218 |
| 2.4.4.3. | ORINA VESICAL CON PUNCIÓN DIRECTA | 220 |
| 2.4.4.4. | ORINA DE PACIENTES CON CATÉTER PERMANENTE | 220 |
| 2.4.4.5. | ORINA OBTENIDA POR CATETERIZACIÓN VESICAL | 221 |
| 2.4.4.6. | ORINA DE NEFROSTOMIA | 221 |
| 2.4.5. | TRACTO GASTROINTESTINAL | 221 |
| 2.4.5.1. | HECES | 221 |
| 2.4.5.2. | HISOPO RECTAL | 223 |
| 2.4.5.3. | MUESTRAS DIGESTIVAS ALTAS | 223 |
| 2.4.5.4. | BIOPSIA Y TOMAS OBTENIDAS POR ENDOSCOPIA | 224 |
| 2.4.5.5. | OTRAS MUESTRAS DIGESTIVAS BAJAS | 224 |
| 2.4.6. | TRACTO RESPIRATORIO | 225 |

| | |
|--|-----|
| 2.4.6.1. TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR Y TRACTO FARINGO-AMIGDALINO | 225 |
| 2.4.6.1.1. NASOFARINGE | 225 |
| 2.4.6.1.2. NASAL | 226 |
| 2.4.6.1.3. SENOS PARANASALES | 226 |
| 2.4.6.1.4. CAVIDAD ORAL | 227 |
| 2.4.6.2. TRACTO RESPIRATORIO INFERIOR | 227 |
| 2.4.6.2.1. ESPUTO | 227 |
| 2.4.7. JUGO GÁSTRICO | 228 |
| 2.4.8. ASPIRADO TRAQUEOBRONQUIAL SIMPLE | 228 |
| 2.4.9. MUESTRAS OBTENIDAS POR FIBROBRONCOSCOPIA | 229 |
| 2.4.10. MUESTRAS OBTENIDAS POR ABORDAJE PERCUTANEO | 229 |
| 2.4.11. LÍQUIDO CEFALORRAQUIDEO | 230 |
| 2.4.12. LÍQUIDOS ORGÁNICOS | 230 |
| 2.4.13. TRACTO GENITAL | 231 |
| 2.4.13.1. EXUDADOS VAGINALES | 231 |
| 2.4.13.2. ENDOCERVICALES | 232 |
| 2.4.14. EXUDADOS URETRALES | 233 |
| 2.4.15. EXUDADOS RECTALES | 233 |
| 2.4.16. ENDOMETRIO | 234 |
| 2.4.17. CULDOCENTESIS | 234 |
| 2.4.18. TROMPAS Y OVARIOS | 235 |
| 2.4.19. VULVA | 235 |
| 2.4.20. LESIONES GENITALES | 236 |
| 2.4.21. GANGLIOS LINFÁTICOS INGUINALES | 236 |
| 2.4.22. LIQUIDO AMNIÓTICO | 237 |
| 2.4.23. PRODUCTOS DE LA CONCEPCIÓN | 237 |
| 2.4.24. MUESTRAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE PROSTATITIS (TÉCNICA DE MEARES- STAMEY) | 238 |
| 2.4.25. MUESTRA DE SEMEN PARA PARÁMETROS SEMINALES | 239 |
| 2.4.26. EXUDADOS OCULARES | 240 |
| 2.4.26.1. FROTIS CONJUNTIVALES | 240 |
| 2.4.26.2. RASPADOS CONJUNTIVAL Y CORNEAL | 240 |
| 2.4.27. EXUDADOS ÓTICOS | 241 |
| 2.4.27.1. OÍDO EXTERNO | 241 |
| 2.4.27.2. OÍDO MEDIO | 241 |
| 2.4.28. PIEL Y TEJIDOS BLANDOS | 242 |

| | |
|---|-----|
| 2.4.28.1. ULCERAS Y HERIDAS SUPERFICIALES | 242 |
| 2.4.29. EXANTEMAS | 243 |
| 2.4.30. ABSCESOS CERRADOS | 243 |
| 2.4.31. FÍSTULAS Y TRACTOS SINUSALES | 244 |
| 2.4.32. CATÉTERES Y DRENAJES | 245 |
| 2.4.32.1. CATÉTERES INTRAVASCULARES | 245 |
| 2.4.33. OTROS CATÉTERES Y DRENAJES | 245 |
| 2.4.34. BIOPSIAS | 246 |
| 2.4.35. MÉDULA ÓSEA | 247 |

UNIDAD DIDÁCTICA 3: ATENCIÓN A LAS NECESIDADES BÁSICAS DEL PACIENTE

| | |
|---|-----|
| 3.1. ATENCIÓN Y CUIDADOS DE TCAE EN LAS NECESIDADES DE HIGIENE EN EL RECIÉN NACIDO Y ADULTO | 253 |
| 3.1.1. NECESIDADES DE HIGIENE EN EL RECIÉN NACIDO Y ADULTO: CONCEPTO | 253 |
| 3.1.2. HIGIENE GENERAL Y PARCIAL: DE LA PIEL Y CAPILAR | 253 |
| 3.1.3. TÉCNICA DE HIGIENE DEL PACIENTE ENCAMADO: TOTAL Y PARCIAL. | 255 |
| 3.2. ATENCIÓN Y CUIDADOS DE TCAE EN LAS NECESIDADES DE ELIMINACIÓN | 259 |
| 3.2.1. ELIMINACIONES DEL ENFERMO | 259 |
| 3.2.1.1. CONCEPTO | 259 |
| 3.2.1.2. CLASIFICACIÓN DE LOS DISTINTOS TIPOS DE ELIMINACIÓN | 260 |
| 3.2.1.2.1. DIURÉSIS | 260 |
| 3.2.1.2.2. DEPOSICIONES | 261 |
| 3.2.1.2.3. ESPUTOS | 261 |
| 3.2.2. RECOGIDA PARA EXPLORACIONES O ANÁLISIS | 262 |
| 3.2.2.1. TIPOS DE MUESTRAS | 262 |
| 3.2.3. SONDAJES | 263 |
| 3.2.3.1. TIPOS | 263 |
| 3.2.3.1.1. SONDAJE VESICAL | 263 |
| 3.2.3.1.2. SONDAJE NASOGÁSTRICO | 265 |
| 3.2.4. OSTOMÍAS | 266 |
| 3.2.4.1. TIPOS DE OSTOMÍAS | 267 |

| | | |
|------------|---|-----|
| 3.2.4.1.1. | OSTOMIAS GASTROINTESTINALES | 267 |
| 3.2.4.1.2. | OSTOMÍAS UROLÓGICA | 267 |
| 3.2.4.2. | CUIDADOS DE LA PIEL PERIESTOMAL | 268 |
| 3.2.4.3. | CUIDADOS ESPECÍFICOS | 268 |
| 3.2.5. | ENEMAS | 269 |
| 3.2.5.1. | ADMINISTRACIÓN RECTAL | 269 |
| 3.2.5.1.1. | SUPOSITARIOS RECTALES | 269 |
| 3.2.5.1.2. | ENEMAS | 270 |
| 3.2.5.2. | LIMPIEZA DEL MATERIAL | 271 |
| 3.3. | ATENCIÓN Y CUIDADOS DE TCAE EN LA NECESIDAD DE MOVIMIENTO ... | 271 |
| 3.3.1. | INTRODUCCIÓN | 271 |
| 3.3.2. | ATENCIÓN DEL TCAE AL PACIENTE ENCAMADO: POSICIÓN ANATÓMICA Y ALINEACIÓN CORPORAL | 271 |
| 3.3.2.1. | PROCEDIMIENTOS MECÁNICOS BÁSICOS | 272 |
| 3.3.2.1.1. | POSICIONES BÁSICAS | 272 |
| 3.3.2.1.2. | TÉRMINOS DE POSICIÓN | 272 |
| 3.3.3. | MOVIMIENTOS ARTICULARES | 273 |
| 3.3.3.1. | TIPOS DE ARTICULACIÓN | 273 |
| 3.3.4. | PLANOS Y EJES DE MOVIMIENTO | 274 |
| 3.3.5. | CAVIDADES CORPORALES | 274 |
| 3.3.5.1. | REGIÓN ABDOMINAL | 275 |
| 3.3.6. | PRINCIPIOS DE LA MECÁNICA CORPORAL | 276 |
| 3.3.7. | POSICIONES DEL CUERPO DURANTE LA ACTIVIDAD | 277 |
| 3.3.8. | POSICIONES DE LOS PACIENTES ENCAMADOS | 277 |
| 3.3.8.1. | DECÚBITO SUPINO O DORSAL | 278 |
| 3.3.8.2. | DECÚBITO PRONO O VENTRAL | 279 |
| 3.3.8.3. | DECÚBITO LATERAL | 280 |
| 3.3.8.4. | POSICIÓN DE ROSER O PROETZ | 282 |
| 3.3.8.5. | POSICIÓN SENTADA | 284 |
| 3.3.8.6. | POSICIÓN DEL FOWLER O SEMI-FOWLER | 284 |
| 3.3.8.7. | POSICIÓN DE TRENDELEMBURG | 285 |
| 3.3.8.8. | POSICIÓN SIMS, INGLESA O SEMIPRONA | 286 |
| 3.3.8.9. | POSICIÓN DE LITOTOMÍA O GINECOLÓGICA | 288 |
| 3.3.8.10. | POSICIÓN GENUPECTORAL | 289 |
| 3.3.8.11. | POSICIÓN DE KRASKE | 290 |
| 3.3.8.12. | POSICIÓN ANTITRENDELEMBURG, TRENDELEMBURG INVERTIDA O MORESTIN | 291 |

| | | |
|-----------|---|-----|
| 3.3.9. | PROCEDIMIENTOS DE PREPARACIÓN DE LAS CAMAS | 291 |
| 3.3.9.1. | REQUISITOS | 292 |
| 3.3.9.2. | TIPOS DE CAMA | 292 |
| 3.3.9.3. | ARREGLO DE LA CAMA | 293 |
| 3.3.10. | TÉCNICAS DE DESARROLLO DE LA CAMA | 294 |
| 3.3.10.1. | CAMA VACÍA | 294 |
| 3.3.10.2. | CAMA OCUPADA | 295 |
| 3.3.10.3. | EN BANDEJA | 295 |
| 3.3.11. | CAMA POST-QUIRÚRGICA | 295 |
| 3.3.12. | LIMPIEZA DE LA CAMA | 296 |
| 3.3.13. | CAMBIOS POSTURALES | 296 |
| 3.3.14. | MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE | 296 |
| 3.3.14.1. | PACIENTES ENCAMADOS | 296 |
| 3.3.15. | TRANSFERENCIAS | 297 |
| 3.3.16. | DRENAJES: MANIPULACIONES Y CUIDADOS | 298 |
| 3.3.16.1. | DRENAJES SIMPLES | 299 |
| 3.3.16.2. | DRENAJES POR ASPIRACIÓN | 300 |
| 3.3.16.3. | CUIDADOS ESPECÍFICOS DE LOS DRENAJES | 300 |
| 3.3.17. | TÉCNICAS DE DEAMBULACIÓN Y DE TRASLADOS | 301 |
| 3.3.17.1. | DEAMBULACIÓN | 301 |
| 3.3.17.2. | TRASLADOS | 301 |
| 3.4. | ATENCIÓN Y CUIDADOS DE TCAE EN LA NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN | 302 |
| 3.4.1. | INTRODUCCIÓN | 302 |
| 3.4.2. | TERMINOLOGÍA | 303 |
| 3.4.3. | FACTORES BIOLÓGICOS | 304 |
| 3.4.4. | FACTORES SOCIOLÓGICOS | 304 |
| 3.4.5. | CONDICIONES PARTICULARES A TENER EN CUENTA EN LA NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN | 305 |
| 3.4.6. | INTERVENCIONES PARA SATISFACER LA NECESIDAD DE ALIMENTARNOS | 306 |
| 3.4.7. | ALIMENTACIÓN POR SNG (SONDA NASO GÁSTRICA) | 306 |
| 3.4.7.1. | OBJETIVO | 306 |
| 3.4.7.2. | PRECAUCIONES | 306 |
| 3.4.7.3. | PERSONAL: ENFERMERA Y/O TCAE | 307 |
| 3.4.7.4. | MATERIAL | 307 |
| 3.4.7.5. | PREPARACIÓN DEL PERSONAL | 307 |
| 3.4.7.6. | PREPARACIÓN DEL PACIENTE | 307 |

| | | |
|------------|--|-----|
| 3.4.7.7. | ACCIONES | 307 |
| 3.4.7.8. | PUESTA EN ORDEN | 308 |
| 3.5. | ATENCIÓN Y CUIDADOS DE TCAE EN LOS TRASTORNOS DE LA TERMORREGULACIÓN, DESHIDRATACIÓN, DIURESIS Y BALANCE HÍDRICO | 308 |
| 3.5.1. | REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL | 308 |
| 3.5.1.1. | MECANISMOS PRODUCTORES DE CALOR | 308 |
| 3.5.1.2. | MECANISMOS DE PÉRDIDA DE CALOR | 308 |
| 3.5.1.3. | HIPOTERMIA | 309 |
| 3.5.1.3.1. | CUIDADOS A REALIZAR EN CASO DE HIPOTERMIA | 310 |
| 3.5.1.4. | HIPERTERMIA | 310 |
| 3.5.1.4.1. | CONDUCTA A SEGUIR EN CASO DE HIPERTERMIA | 311 |
| 3.5.2. | DESHIDRATACIÓN, DIURESIS Y BALANCE HÍDRICO | 311 |
| 3.5.2.1. | DESHIDRATACIÓN | 311 |
| 3.5.2.2. | CONTROL DE DIURESIS | 312 |
| 3.5.2.3. | BALANCE DE LÍQUIDOS | 313 |
| 3.6. | ACTIVIDADES DEL TCAE EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA | 315 |
| 3.6.1. | ACTIVIDADES DEL TCAE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA | 315 |
| 3.6.1.1. | CUALIDADES Y CARACTERÍSTICAS | 316 |
| 3.6.2. | SALUD, HIGIENE Y APARIENCIA PERSONAL | 316 |
| 3.6.2.1. | SALUD | 316 |
| 3.6.2.2. | APARIENCIA | 317 |
| 3.6.3. | FUNCIONES DEL TCAE | 317 |
| 3.6.4. | CONCEPTOS DE CUIDADOS, NECESIDADES BÁSICAS Y AUTOCUIDADOS | 318 |
| 3.6.4.1. | VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS PACIENTES.ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD) | 318 |
| 3.6.4.2. | AVD BÁSICAS | 318 |
| 3.6.4.3. | AVD INSTRUMENTALES | 319 |
| 3.6.5. | ÍNDICE DE KATZ DE INDEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA | 320 |
| 3.6.5.1. | BAÑARSE (CON ESPONJA, DUCHA O BAÑERA) | 320 |
| 3.6.5.2. | VESTIRSE | 321 |
| 3.6.5.3. | USAR EL RETRETE | 321 |
| 3.6.5.4. | MOVILIDAD | 321 |

| | |
|-------------------------------------|-----|
| 3.6.5.5. CONTINENCIA | 321 |
| 3.6.5.6. ALIMENTACIÓN | 321 |
| 3.6.6. CUIDADOS DEL TCAE | 325 |
| 3.6.7. RELACIÓN TCAE-PACIENTE | 326 |

UNIDAD DIDÁCTICA 4: ATENCIÓN Y CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

| | |
|---|-----|
| 4.1. ATENCIÓN Y CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN | 331 |
| 4.1.1. DEFINICIÓN | 331 |
| 4.1.2. ETIOLOGÍA | 331 |
| 4.1.3. MECANISMOS QUE ALTERAN LA INTEGRIDAD DE LA PIEL | 331 |
| 4.1.3.1. PRESIÓN | 331 |
| 4.1.3.2. FRICCIÓN | 332 |
| 4.1.3.3. FUERZA EXTERNA DE PENSAMIENTO O CIZALLAMIENTO | 332 |
| 4.1.3.4. HUMEDAD | 332 |
| 4.1.4. LOCALIZACIÓN | 332 |
| 4.1.5. ESTADIAJE | 333 |
| 4.1.5.1. ESTADIO I | 334 |
| 4.1.5.2. ESTADIO II | 334 |
| 4.1.5.3. ESTADIO III | 334 |
| 4.1.5.4. ESTADIO IV | 334 |
| 4.1.6. PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN | 334 |
| 4.1.7. VALORACIÓN DEL RIESGO | 334 |
| 4.1.8. CUIDADOS ESPECÍFICOS | 335 |
| 4.1.8.1. PIEL | 335 |
| 4.1.8.2. EXCESO DE HUMEDAD: INCONTINENCIA, TRANSPIRACIÓN O DRENAJES DE HERIDAS | 336 |
| 4.1.8.3. MANEJO DE LA PRESIÓN | 336 |
| 4.1.8.4. MOVILIZACIÓN | 336 |
| 4.1.8.5. CAMBIOS POSTURALES | 336 |
| 4.1.8.5.1. DECÚBITO SUPINO | 337 |
| 4.1.8.5.2. DECÚBITO LATERAL | 337 |
| 4.1.8.5.3. POSICIÓN SENTADA | 338 |
| 4.1.9. SUPERFICIES ESPECIALES DE APOYO | 338 |
| 4.1.10. REQUISITOS PARA LAS SUPERFICIES DE APOYO | 339 |

| | | |
|-----------|---|-----|
| 4.1.11. | TIPOS DE SUPERFICIES DE APOYO | 340 |
| 4.1.11.1. | SUPERFICIES ESTÁTICAS | 340 |
| 4.1.11.2. | SUPERFICIES DINÁMICAS | 340 |
| 4.1.12. | PROTECCIÓN LOCAL ANTE LA PRESIÓN | 340 |
| 4.1.13. | CUIDADOS GENERALES | 341 |
| 4.1.13.1. | PREVENCIÓN DE NUEVAS LESIONES POR PRESIÓN | 341 |
| 4.1.13.2. | SOPORTE NUTRICIONAL | 341 |
| 4.1.13.3. | SOPORTE EMOCIONAL | 341 |
| 4.1.14. | CUIDADOS DE LA ULCERA | 341 |
| 4.1.15. | DESBRIDAMIENTO | 342 |
| 4.1.15.1. | DESBRIDAMIENTO CORTANTE O QUIRÚRGICO | 342 |
| 4.1.15.2. | DESBRIDAMIENTO QUÍMICO (ENZIMÁTICO) | 343 |
| 4.1.15.3. | DESBRIDAMIENTO AUTOLÍTICO | 343 |
| 4.1.15.4. | DESBRIDAMIENTO MECÁNICO | 343 |
| 4.1.16. | LIMPIEZA DE LA LESIÓN | 344 |
| 4.1.17. | PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE LA INFECCIÓN BACTERIANA | 344 |
| 4.1.18. | ELECCIÓN DE UN APÓSITO | 345 |
| 4.1.19. | TRATAMIENTO COADYUVANTE | 347 |
| 4.1.20. | SITUACIONES ESPECIALES | 347 |
| 4.1.21. | EDUCACIÓN | 347 |
| 4.1.22. | REGISTRO, EVALUACIÓN Y MONITORIZACIÓN | 348 |
| 4.2. | MEDICAMENTOS | 348 |
| 4.2.1. | FORMAS FARMACÉUTICAS | 348 |
| 4.2.1.1. | PARTES DE UN MEDICAMENTO | 348 |
| 4.2.1.2. | TIPOS DE MEDICAMENTOS | 349 |
| 4.2.2. | FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN POR VÍA ORAL: SÓLIDA | 349 |
| 4.2.3. | FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN POR VÍA ORAL: LÍQUIDA | 350 |
| 4.2.4. | FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN POR VÍA TÓPICA | 351 |
| 4.2.5. | FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN POR VÍA RECTAL | 352 |
| 4.2.6. | FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN POR VÍA VAGINAL | 352 |
| 4.2.7. | FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN POR VÍA PARENTERAL | 353 |
| 4.2.8. | FORMAS FARMACÉUTICAS GASEOSAS | 353 |
| 4.2.9. | VÍAS DE ADMINISTRACIÓN | 353 |

| | | |
|--------------|---|-----|
| 4.2.9.1. | VÍAS DE ADMINISTRACIÓN MEDIATA O INDIRECTA | 353 |
| 4.2.9.1.1. | VÍA ORAL | 353 |
| 4.2.9.1.2. | VÍA SUBLINGUAL | 355 |
| 4.2.9.1.3. | VÍA RECTAL | 356 |
| 4.2.9.1.4. | VÍA INHALATORIA | 356 |
| 4.2.9.1.5. | VÍA NASAL | 357 |
| 4.2.9.1.6. | VÍA ÓTICA | 358 |
| 4.2.9.1.7. | VÍA DÉRMICA | 358 |
| 4.2.9.1.8. | VÍA OFTÁLMICA | 359 |
| 4.2.9.1.9. | VÍA VAGINAL | 360 |
| 4.2.9.2. | VÍAS INMEDIATAS O DIRECTAS | 360 |
| 4.2.9.2.1. | VÍA SUBCUTÁNEA | 360 |
| 4.2.9.2.2. | VÍA INTRAMUSCULAR | 361 |
| 4.2.9.2.3. | VÍA INTRAVENOSA | 363 |
| 4.2.9.2.4. | VÍA INTRATECAL | 363 |
| 4.2.9.2.4.1. | VÍA EPIDURAL | 363 |
| 4.2.9.2.4.2. | VÍA INTRAPERITONEAL | 364 |
| 4.2.9.2.4.3. | VÍA INTRAARTICULAR | 364 |
| 4.2.10. | PRINCIPIOS GENERALES DE LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS | 364 |
| 4.2.11. | CONSERVACIÓN Y ALMACENAJE DE LOS MEDICAMENTOS | 365 |
| 4.3. | REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA (RCPB) | 367 |
| 4.3.1. | INTRODUCCIÓN | 367 |
| 4.3.2. | DEFINICIONES | 367 |
| 4.3.2.1. | CADENA DE SUPERVIVENCIA | 367 |
| 4.3.2.2. | RCP BÁSICA | 368 |
| 4.3.2.3. | SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB) | 368 |
| 4.3.2.4. | PARADA CARDIORRESPIRATORIA (PCR) | 368 |
| 4.3.2.5. | RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA (RCP) | 369 |
| 4.3.3. | SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB) | 370 |
| 4.3.3.1. | SECUENCIA DE ACTUACIÓN EN SOPORTE VITAL BÁSICO | 370 |
| 4.3.3.1.1. | VALORACIÓN DEL NIVEL DE CONSCIENCIA . | 371 |
| 4.3.3.1.2. | VALORACIÓN DE LA VENTILACIÓN | 372 |
| 4.3.3.1.2.1. | ACTUACIÓN SEGÚN EL ESTADO DE LA VENTILACIÓN | 372 |
| 4.3.4. | TÉCNICAS DEL SOPORTE VITAL BÁSICO | 374 |
| 4.3.4.1. | SOLICITUD DE AYUDA | 374 |

| | | |
|------------|--|-----|
| 4.3.4.2. | ATRAGANTAMIENTO U OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA | 374 |
| 4.3.4.2.1. | DIAGNÓSTICO DE OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA POR CUERPO EXTRAÑO ... | 375 |
| 4.3.5. | TÉCNICAS PARA LA DESOBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA EN EL ADULTO | 376 |
| 4.3.5.1. | VÍCTIMA CONSCIENTE | 376 |
| 4.3.5.2. | VÍCTIMA INCONSCIENTE | 377 |
| 4.3.6. | POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD (PLS) | 378 |
| 4.3.7. | HEMORRAGIAS | 379 |
| 4.4. | ATENCIÓN Y PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA UNA EXPLORACIÓN O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA | 380 |
| 4.4.1. | PREOPERATORIO | 380 |
| 4.4.1.1. | CLASIFICACIÓN DE LOS TIPOS DE CIRUGÍA | 380 |
| 4.4.2. | FACTORES DE RIESGO | 381 |
| 4.4.2.1. | FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DETERMINACIÓN DE RIESGO QUIRÚRGICO | 381 |
| 4.4.3. | TÉCNICAS Y MEDIOS DIAGNÓSTICOS | 382 |
| 4.4.4. | PREPARACIÓN FÍSICA QUIRÚRGICA | 383 |
| 4.4.5. | CONSENTIMIENTO INFORMADO | 383 |
| 4.4.6. | EL EQUIPO QUIRÚRGICO | 384 |
| 4.4.7. | LA ANESTESIA DEL PACIENTE QUIRÚRGICO | 384 |
| 4.4.8. | COLOCACIÓN DEL PACIENTE | 384 |
| 4.4.9. | POSICIONES QUIRÚRGICAS | 385 |
| 4.4.10. | CARACTERÍSTICAS DE LA MESA QUIRÚRGICA | 386 |
| 4.4.11. | CRITERIOS DE UNA BUENA POSICIÓN | 386 |
| 4.4.11.1. | COMPLICACIONES POR MAL POSICIONAMIENTO | 387 |
| 4.4.12. | VERIFICACIÓN ANTES DE LA INTERVENCIÓN | 387 |
| 4.4.13. | VERIFICACIÓN AL FINAL DE LA INTERVENCIÓN | 388 |
| 4.4.14. | INTERVENCIONES INTRAOPERATORIAS | 389 |
| 4.4.15. | POSTOPERATORIO | 390 |
| 4.4.16. | TIEMPO DE RECUPERACIÓN | 390 |
| 4.4.17. | TRANSPORTE | 391 |
| 4.4.18. | SALA DE DESPERTAR (POSTOPERATORIO INMEDIATO) | 391 |

UNIDAD DIDÁCTICA 5: ATENCIÓN EN SALUD MENTAL Y DEPENDENCIA

| | |
|---|-----|
| 5.1. INTERVENCIÓN FAMILIAR EN SALUD MENTAL | 397 |
| 5.1.1. ENTORNO FAMILIAR | 397 |
| 5.1.2. ATENCIÓN A LAS FAMILIAS DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL | 397 |
| 5.1.3. EL PAPEL DE LAS ASOCIACIONES: DE PACIENTES, FAMILIARES Y GRUPOS DE AYUDA | 398 |
| 5.1.4. ATENCIÓN A PERSONAS Y FAMILIARES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE | 399 |
| 5.1.4.1. EXPECTATIVAS COMPARTIDAS POR PERSONAS (ADULTOS O NIÑOS) CON TRASTORNOS MENTALES Y SUS CUIDADORES FAMILIARES | 399 |
| 5.1.4.2. EXPECTATIVAS DE PERSONAS ADULTAS CON TRASTORNO MENTAL | 399 |
| 5.1.4.3. EXPECTATIVAS DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES, SUS CUIDADORES FAMILIARES Y JÓVENES SIN PROBLEMAS DE SALUD MENTAL | 400 |
| 5.1.5. TERAPIA PSICOLÓGICA EN EL SISTEMA SANITARIO PUBLICO | 400 |
| 5.1.5.1. ¿QUÉ ES LA PSICOTERAPIA? | 400 |
| 5.1.5.2. ¿QUÉ ES LA AYUDA PSICOLÓGICA NO REGLADA? | 401 |
| 5.1.5.3. TERAPIA FAMILIAR BREVE | 402 |
| 5.2. ATENCIÓN Y CUIDADOS EN EL ANCIANO | 403 |
| 5.2.1. GERIATRÍA: INTRODUCCIÓN - CONCEPTOS | 403 |
| 5.2.2. TEORÍAS FISIOLÓGICAS | 404 |
| 5.2.2.1. TEORÍA DEL DETERIORO ORGÁNICO | 404 |
| 5.2.2.2. TEORÍA INMUNOLÓGICA | 404 |
| 5.2.2.3. TEORÍA DEL ESTRÉS | 404 |
| 5.2.3. TEORÍAS BIOQUÍMICAS Y METABÓLICAS | 404 |
| 5.2.3.1. TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN DE PRODUCTOS DE DESECHO | 404 |
| 5.2.3.2. TEORÍA DE LAS INTERCONEXIONES O DEL ENTRECruzAMIENTO | 404 |
| 5.2.3.3. TEORÍA DE LOS RADICALES LIBRES DE OXIGENO | 404 |
| 5.2.3.4. TEORÍA DE LOS RADICALES LIBRES MITOCONDRIALES | 405 |
| 5.2.4. TEORÍAS GENÉTICAS | 405 |
| 5.2.4.1. TEORÍA DE LA ACUMULACIÓN DE ERRORES | 405 |
| 5.2.4.2. TEORÍA DE LA MUTACIÓN SOMÁTICA A PARTIR DE LAS ALTERACIONES DEL ADN | 405 |

| | | |
|-----------|--|-----|
| 5.2.4.3. | TEORÍA DE LA PROGRAMACIÓN GENÉTICA | 405 |
| 5.2.5. | ENVEJECIMIENTO Y DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA | 405 |
| 5.2.5.1. | FACTORES QUE FAVORECEN EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO | 406 |
| 5.2.6. | EL ANCIANO SANO | 406 |
| 5.2.6.1. | CAMBIOS DEBIDO AL ENVEJECIMIENTO | 406 |
| 5.2.7. | EL SUEÑO EN LA VEJEZ | 411 |
| 5.2.8. | CAMBIOS COGNITIVOS | 411 |
| 5.2.8.1. | INTELIGENCIA | 412 |
| 5.2.8.2. | MEMORIA | 412 |
| 5.2.8.3. | ATENCIÓN | 412 |
| 5.2.9. | MEDICACIÓN EN PERSONAS MAYORES | 412 |
| 5.2.10. | ULCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE ANCIANO | 413 |
| 5.2.10.1. | DEFINICIÓN | 413 |
| 5.2.10.2. | CLASIFICACIÓN | 413 |
| 5.2.10.3. | LOCALIZACIÓN | 413 |
| 5.2.10.4. | FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA APARICIÓN | 414 |
| 5.2.10.5. | VALORACIÓN | 414 |
| 5.2.10.6. | TRATAMIENTO | 414 |
| 5.2.11. | EL ANCIANO ENFERMO | 415 |
| 5.2.11.1. | CARACTERÍSTICAS | 415 |
| 5.2.12. | PRINCIPALES PATOLOGÍAS | 416 |
| 5.2.13. | UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN | 417 |
| 5.2.13.1. | UNIDADES DE AGUDOS (UGA) | 417 |
| 5.2.13.2. | UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA (UME) | 417 |
| 5.2.13.3. | UNIDAD DE LARGA ESTANCIA (UPG) | 418 |
| 5.2.13.4. | HOSPITAL DE DÍA (HD) | 418 |
| 5.2.14. | GERIATRÍA Y SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS | 418 |
| 5.2.14.1. | CUIDADOS EN LA COMUNIDAD | 418 |
| 5.2.14.2. | CUIDADOS EN EL DOMICILIO | 419 |
| 5.2.14.3. | CUIDADOS RESIDENCIALES | 419 |
| 5.2.14.4. | PRINCIPIOS GENERALES DE LAS RESIDENCIAS PARA ANCIANOS | 420 |
| 5.3. | ATENCIÓN DEL TCAE AL ENFERMO TERMINAL | 420 |
| 5.3.1. | INTRODUCCIÓN | 420 |
| 5.3.2. | CONCEPTO DE ENFERMO TERMINAL | 421 |
| 5.3.3. | PROBLEMAS DE SALUD DEL ENFERMO TERMINAL | 422 |

| | | |
|-----------|---|-----|
| 5.3.3.1. | FÍSICOS | 422 |
| 5.3.3.2. | PSICOLÓGICOS | 423 |
| 5.3.4. | OBJETIVOS Y BASES DE LA TERAPÉUTICA | 423 |
| 5.3.4.1. | OBJETIVOS DE CONFORT | 423 |
| 5.3.4.2. | BASES DE LA TERAPÉUTICA | 424 |
| 5.3.5. | CUIDADOS PALIATIVOS | 424 |
| 5.3.5.1. | INSTRUMENTOS BÁSICOS | 424 |
| 5.3.5.2. | OBJETIVOS | 425 |
| 5.3.6. | ACTIVIDADES DEL TCAE | 425 |
| 5.3.7. | CONOCIMIENTO DE LA VERDAD | 426 |
| 5.3.8. | CUIDADOS POST-MORTEM | 428 |
| 5.3.8.1. | AMORTAJAMIENTO | 428 |
| 5.3.8.2. | ASPECTOS LEGALES | 430 |
| 5.3.9. | ATENCIÓN A LA FAMILIA | 431 |
| 5.3.9.1. | INFORMACIÓN A LOS FAMILIARES | 431 |
| 5.3.9.2. | APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL Y FAMILIA | 431 |
| 5.3.9.3. | TRABAJO DEL EQUIPO EN LA ATENCIÓN DE LA FAMILIA | 432 |
| 5.3.9.4. | LA EDUCACIÓN DE LA FAMILIA | 433 |
| 5.3.9.5. | LOS ÚLTIMOS DÍAS: ATENCIÓN A LA AGONÍA | 433 |
| 5.3.9.6. | CRISIS DE CLAUDICACIÓN FAMILIAR | 435 |
| 5.3.10. | DUELO | 436 |
| 5.3.10.1. | EL PROCESO DE DUELO | 436 |

BLOQUE LEGISLACIÓN

Autores:

*Antonio Benítez Leiva
María del Pilar Cuevas Matas
Leonor Mariana Rubio Hidalgo*

1. LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA
 - 1.1. ANTECEDENTES
 - 1.2. ESTRUCTURA Y CONTENIDO
 - 1.3. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES
 - 1.4. LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN LA CONSTITUCIÓN
 - 1.5. LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA: CAPÍTULOS

2. LA LEY GENERAL DE SANIDAD. LEY 14/1986, DE 25 DE ABRIL
 - 2.1. FUNDAMENTOS Y PREÁMBULO
 - 2.2. LA LEY GENERAL DE SANIDAD: CAPÍTULOS

3. EL ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD
 - 3.1. INTRODUCCIÓN
 - 3.2. EL ESTATUTO MARCO: CAPÍTULOS

4. LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
 - 4.1. OBJETO Y CARÁCTER DE LA NORMA
 - 4.2. DEFINICIONES
 - 4.3. DERECHO DE PROTECCIÓN FRENTE A LOS RIESGOS LABORALES.
 - 4.4. PLAN DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES, EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS Y PLANIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD PREVENTIVA.
 - 4.5. REGLAMENTO DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN.
 - 4.6. PLAN DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES.
 - 4.7. MODALIDADES.
 - 4.8. ASUNCIÓN PERSONAL POR EL EMPRESARIO DE LA ACTIVIDAD PREVENTIVA
 - 4.9. SALUD Y TRABAJO
 - 4.10. ANTECEDENTES, ÁMBITOS Y OBJETIVOS
 - 4.11. LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: CAPÍTULOS

5. LEY AUTONOMÍA DEL PACIENTE
 - 5.1. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS
 - 5.2. CAPÍTULOS

1. LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA

1.1. ANTECEDENTES

El Régimen constitucional vigente en España es consecuencia de un complejo proceso de transición que va desde la muerte de Franco, el 20 de Noviembre de 1.975, hasta la sanción por el Rey D. Juan Carlos del Texto Constitucional el 27 de diciembre de 1.978.

La Ley para la Reforma Política de 4 de Enero de 1.977 aprobada por referéndum nacional el 15 de diciembre de 1.976 entraña una ruptura no violenta con el régimen político anterior, y es el instrumento que permitió desbloquear el sistema de la "Leyes Fundamentales" e hizo posible el cambio político.

En Agosto de 1.977 se elige por el Congreso de los Diputados constituido tras la celebración de las elecciones generales el día 15 de Junio de 1.977, una Ponencia constitucional que sería la encargada de redactar un borrador de la Constitución. El 31 de Octubre de 1.978, el Congreso y el Senado aprueban el texto constitucional definitivo, y el 6 de diciembre del mismo año se somete a referéndum nacional ratificándola el pueblo español mayoritariamente.

El 27 de diciembre de 1.978 en sesión conjunta de ambas Cámaras es promulgada y sancionada por el Rey nuestra Carta Magna, siendo publicada en el BOE el día 29 de diciembre de 1.978 y entrando en vigor ese mismo día.

1.2. ESTRUCTURA Y CONTENIDO

La Constitución española de 1.978 se estructura en un Preámbulo y en 169 artículos que se dividen en un Título Preliminar y diez Títulos. Además contiene cuatro disposiciones adicionales, nueve transitorias, una derogatoria y una final.

El Preámbulo recoge los objetivos que el legislador con ella pretende alcanzar, no teniendo valor preceptivo, sino meramente declarativo.

El articulado como hemos reseñado anteriormente se divide en un Título Preliminar y diez Títulos, que pueden estar a su vez divididos en capítulos y estos en secciones. Consta de una parte dogmática y de otra orgánica. La parte dogmática recoge todos aquellos artículos que enuncian los principios básicos y valores superiores del ordenamiento jurídico reconocidos en nuestra Constitución (Título Preliminar y Título Primero), y la parte orgánica es la que contiene los artículos que definen la composición y funcionamiento de los órganos constitucionales de Estado, comprendiendo el resto de los demás Títulos de la CE.

El contenido de los distintos Títulos es el siguiente:

- Título Preliminar: "De los principios generales del ordenamiento jurídico". (artículos 1 al 9).
- Título Primero: "De los derechos u deberes fundamentales" (artículos 10 al 55).

- Título Segundo: "De la Corona" (artículos 56 al 65).
- Título Tercero: "De las Cortes Generales" (artículos 66 al 96).
- Título Cuarto: "Del Gobierno y de la Administración" (artículos 97 al 107).
- Título Quinto: "De las relaciones entre el Gobierno y las Cortes Generales" (artículos 108 a 116).
- Título Sexto: "Del Poder Judicial" (artículos 117 al 127).
- Título Séptimo: "Economía y Hacienda" (artículos 128 al 136).
- Título Octavo: "De la organización territorial del Estado" (artículos 137 al 158).
- Título Noveno: "Del Tribunal Constitucional" (artículos 159 al 165).
- Título Décimo: "De la reforma constitucional" (artículos 166 al 169).

1.3. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

Se recogen en el Título Preliminar de la Constitución Española de 1.978, el cual, abarca del artículo uno al nueve, ambos inclusive:

a) Estado Social y Democrático de Derecho

El artículo 1.1 de la CE señala que "España se constituye en un Estado social y democrático de Derecho, que propugna como valores superiores del ordenamiento jurídico, la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político".

b) Principio de soberanía popular

El artículo 1.2 de la CE establece que "La soberanía nacional reside en el pueblo español, del que emanan los poderes del Estado". Significa que es el pueblo español el titular originario del poder político, siendo ejercido por los representantes libremente elegidos por aquel a través del sufragio universal.

c) Principio de Monarquía parlamentaria

El artículo 1.3 de la CE indica que "la forma política del Estado español es la Monarquía parlamentaria", regulando este precepto en realidad la forma de Gobierno, puesto que el principio democrático viene a reemplazar al principio monárquico.

d) Principio de autonomía

El artículo 2 de la CE señala que "La Constitución se fundamenta en la indisoluble unidad de la Nación española, patria común e indivisible de todos los españoles, y reconoce y garantiza el derecho a la autonomía de las nacionalidades y regiones que la integran y la solidaridad entre todas ellas". Este precepto establece un tipo de Estado intermedio entre el Estado unitario y el federal, llamado Estado de las Autonomías, lo

que supone el reconocimiento por la propia Constitución de una capacidad legislativa y de un autogobierno a las Comunidades Autónomas.

e) Principio de pluralismo político

El artículo 6 de la CE señala que "Los partidos políticos expresan el pluralismo político, concurren a la formación y manifestación de la voluntad popular y son el instrumento fundamental para la participación política. Su creación y el ejercicio de su actividad son libres dentro del respeto a la Constitución y a la Ley. Su estructura interna y funcionamiento deberán ser democráticos".

f) Principio de pluralismo social

El artículo 7 de la CE determina que "Los sindicatos de trabajadores y las asociaciones empresariales contribuyen a la defensa y promoción de los intereses económicos y sociales que les son propios. Su creación y el ejercicio de su actividad son libres dentro del respeto a la Constitución y a la ley. Su estructura interna y funcionamiento deberán ser democráticos".

g) Garantías jurídicas del artículo 9.3 de la Constitución

- *Principio de legalidad*: La actuación de todos los poderes públicos se encuentran sometidos al imperio de la ley.
- *Principio de jerarquía normativa*: Ninguna norma de rango inferior puede contradecir lo dispuesto en otra de rango superior.
- *Principio de publicidad de las normas*: Los poderes públicos están obligados a insertar en los distintos boletines oficiales todas las normas para que puedan ser conocidas por sus destinatarios como condición de eficaz cumplimiento de aquellas.
- *Principio de irretroactividad de las disposiciones sancionadoras no favorables o restrictivas de derechos individuales*: Como regla general toda norma posterior deroga la anterior. No obstante es posible invocar la retroactividad de las normas cuando beneficien al destinatario de las mismas.
- *Principio de Seguridad jurídica*: Implica una manifestación del principio de igualdad ante la ley, asegurando al ciudadano que el ordenamiento jurídico le va a ofrecer respuestas similares ante situaciones jurídicas análogas.
- *Principio de Responsabilidad de los poderes públicos*: La CE impone en su artículo 106.2 el deber de la Administración de indemnizar a los particulares por todos aquellos daños que sufran en sus personas, bienes o derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos.
- *Principio de la Interdicción de la arbitrariedad de los poderes públicos*: La actuación de la Administración se ha de sujetar a un procedimiento regulado por Ley.

1.4. LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN LA CONSTITUCIÓN

El art.43 de la Constitución de 1.978 reconoce el derecho a la protección de la salud, señalando este mismo precepto que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, debiendo así mismo, fomentar la educación sanitaria, la educación física y el deporte.

Por su parte, el art.49 de nuestro Texto Fundamental dispone que los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieren y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que nuestra Constitución otorga a todos los ciudadanos.

Igualmente, los poderes públicos promoverán el bienestar de los ciudadanos durante la tercera edad mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio, tal y como señala el artículo 50 de la CE.

Por lo que se refiere a la salud laboral de los trabajadores, el art. 40 de la Constitución atribuye a los poderes públicos a velar por la seguridad e higiene en el trabajo.

Una manifestación más, de reconocimiento del derecho de todos los ciudadanos de protección a la salud, es el derecho a disfrutar de un medio ambiente adecuado para el desarrollo de la persona, así como el deber de conservarlo (art.45 de la CE).

En base a estos derechos, propugnados por la Constitución, la Ley General de Sanidad, sienta las bases para su posterior desarrollo, y, en consecuencia cumplir con el mandato constitucional haciendo posible la protección a la salud.

1.5. LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA: CAPÍTULOS

PREÁMBULO

Título preliminar

Artículo 1

1. España se constituye en un Estado social y democrático de Derecho
2. La soberanía nacional reside en el pueblo español
3. La forma política del Estado español es la Monarquía parlamentaria

Artículo 2

La Constitución se fundamenta en la indisoluble unidad de la Nación española

Artículo 3

1. El castellano es la lengua española oficial del Estado.
2. Las demás lenguas españolas serán también oficiales en las respectivas Comunidades Autónomas de acuerdo con sus Estatutos.
3. La riqueza de las distintas modalidades lingüísticas de España es un patrimonio cultural que será objeto de especial respeto y protección.

Artículo 4

1. La bandera de España...
2. Los Estatutos podrán reconocer banderas y enseñas propias de las Comunidades Autónomas...

Artículo 5

La capital del Estado es la villa de Madrid.

Artículo 6

Los partidos políticos expresan el pluralismo político...

Artículo 7

Los sindicatos de trabajadores y las asociaciones empresariales contribuyen a la defensa y promoción de los intereses económicos y sociales que les son propios...

Artículo 8

1. Las Fuerzas Armadas, constituidas por el Ejército de Tierra, la Armada y el Ejército del Aire, tienen como misión garantizar la soberanía e independencia de España...
2. Una ley orgánica regulará las bases de la organización militar...

Artículo 9

1. Los ciudadanos y los poderes públicos están sujetos a la Constitución y al resto del ordenamiento jurídico.
2. Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos...
3. La Constitución garantiza el principio de legalidad, la jerarquía normativa, la publicidad de las normas, la irretroactividad

TITULO I. DE LOS DERECHOS Y DEBERES FUNDAMENTALES

Artículo 10

1. La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes...
2. Las normas relativas a los derechos fundamentales y a.... la Declaración Universal de Derechos Humanos ...

Capítulo primero. De los españoles y los extranjeros

Artículo 11

1. La nacionalidad española...

Artículo 12

Los españoles son mayores de edad a los dieciocho años.

Artículo 13

1. Los extranjeros gozarán en España de las libertades públicas...
2. Solamente los españoles serán titulares de los derechos reconocidos en el artículo 23...,
3. La extradición sólo se concederá...
4. La ley establecerá los términos en que los ciudadanos de otros países...

Capítulo segundo. Derechos y libertades

Artículo 14

Los españoles son iguales ante la ley...

Sección 1.ª De los derechos fundamentales y de las libertades públicas

Artículo 15

Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral...,

Artículo 16

1. Se garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades...
2. Nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias.
3. Ninguna confesión tendrá carácter estatal....

Artículo 17

1. Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad...
2. La detención preventiva no podrá durar más del tiempo estrictamente necesario...
3. Toda persona detenida debe ser informada de forma inmediata...,
4. La ley regulará un procedimiento de «habeas corpus»...

Artículo 18

1. Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.
2. El domicilio es inviolable...
3. Se garantiza el secreto de las comunicaciones...
4. La ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos...

Artículo 19

Los españoles tienen derecho a elegir libremente su residencia y a circular por el territorio nacional.

Asimismo, tienen derecho a entrar y salir libremente de España...

Artículo 20

1. Se reconocen y protegen los derechos:
 - a) A expresar y difundir libremente los pensamientos, ideas y opiniones...
 - b) A la producción y creación literaria, artística, científica y técnica.
 - c) A la libertad de cátedra.
 - d) A comunicar o recibir libremente información veraz...
2. El ejercicio de estos derechos no puede restringirse mediante ningún tipo de censura previa.
3. La ley regulará la organización y el control parlamentario de los medios de comunicación social dependientes del Estado...
4. ... el derecho al honor, a la intimidad, a la propia imagen y a la protección de la juventud y de la infancia.
5. Sólo podrá acordarse el secuestro de publicaciones, grabaciones y otros medios de información en virtud de resolución judicial.

Artículo 21

1. Se reconoce el derecho de reunión pacífica...
2. ... y manifestaciones se dará comunicación previa a la autoridad,

Artículo 22

1. Se reconoce el derecho de asociación...

Artículo 23

1. Los ciudadanos tiene el derecho a participar en los asuntos públicos...

Artículo 24

1. Todas las personas tienen derecho a obtener la tutela efectiva de los jueces y tribunales...

Artículo 25

1. Nadie puede ser condenado o sancionado por acciones u omisiones que en el momento de producirse no constituyan delito...,
2. Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social...

Artículo 26

Se prohíben los Tribunales de Honor en el ámbito de la Administración civil y de las organizaciones profesionales.

Artículo 27

1. Todos tienen el derecho a la educación. Se reconoce la libertad de enseñanza.

Artículo 28

1. Todos tienen derecho a sindicarse libremente...
2. Se reconoce el derecho a la huelga...

Artículo 29

1. Todos los españoles tendrán el derecho de petición individual y colectiva...,

Sección 2.ª De los derechos y deberes de los ciudadanos

Artículo 30

1. Los españoles tienen el derecho y el deber de defender a España
2. La ley fijará las obligaciones militares...

Artículo 31

1. Todos contribuirán al sostenimiento de los gastos públicos...

Artículo 32

1. El hombre y la mujer tienen derecho a contraer matrimonio con plena igualdad jurídica....

Artículo 33

1. Se reconoce el derecho a la propiedad privada y a la herencia...

Artículo 34

1. Se reconoce el derecho de fundación para fines de interés general...,

Artículo 35

1. Todos los españoles tienen el deber de trabajar y el derecho al trabajo...,

Artículo 36

La ley regulará las peculiaridades propias del régimen jurídico de los Colegios...

Artículo 37

1. La ley garantizará el derecho a la negociación colectiva laboral...

Artículo 38

Se reconoce la libertad de empresa en el marco de la economía de mercado...

Capítulo tercero. De los principios rectores de la política social y económica

Artículo 39

1. Los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia. ...

Artículo 40

1. Los poderes públicos promoverán las condiciones favorables para el progreso social y económico y para una distribución de la renta regional y personal...

Artículo 41

Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos...

Artículo 42

El Estado velará especialmente por la salvaguardia de los derechos económicos y sociales de los trabajadores españoles en el extranjero y orientará su política hacia su retorno.

Artículo 43

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

Artículo 44

1. Los poderes públicos promoverán y tutelarán el acceso a la cultura...,

Artículo 45

1. Todos tienen el derecho a disfrutar de un medio ambiente adecuado...

Artículo 46

Los poderes públicos garantizarán la conservación y promoverán el enriquecimiento del patrimonio histórico, cultural y artístico de los pueblos...

Artículo 47

Todos los españoles tienen derecho a disfrutar de una vivienda digna y adecuada...

Artículo 48

Los poderes públicos promoverán las condiciones para la participación libre y eficaz de la juventud en el desarrollo político, social, económico y cultural.

Artículo 49

Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos...,

Artículo 50

Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos...

Artículo 51

1. Los poderes públicos garantizarán la defensa de los consumidores y usuarios...

Artículo 52

La ley regulará las organizaciones profesionales...

Capítulo cuarto. De las garantías de las libertades y derechos fundamentales

Artículo 53

1. ...Sólo por ley, que en todo caso deberá respetar su contenido esencial, podrá regularse el ejercicio de tales derechos y libertades...

Artículo 54

Una ley orgánica regulará la institución del Defensor del Pueblo...

Capítulo quinto. De la suspensión de los derechos y libertades

Artículo 55

2. Una ley orgánica podrá determinar la forma y los casos en los que, de forma individual y con la necesaria intervención judicial y el adecuado control parlamentario, los derechos reconocidos en los artículos..., pueden ser suspendidos...

Título II. De la Corona

Artículo 56

1. El Rey es el Jefe del Estado...

Artículo 57

1. La Corona de España...

Artículo 58

La Reina consorte o el consorte de la Reina...

Artículo 59

1. Cuando el Rey fuere menor de edad...
4. Para ejercer la Regencia...

Artículo 60

1. Será tutor del Rey menor...

Artículo 61

1. El Rey, al ser proclamado ante las Cortes Generales, prestará juramento de desempeñar fielmente sus funciones, guardar y hacer guardar la Constitución y las leyes...
2. El Príncipe heredero...

Artículo 62

Corresponde al Rey...

Artículo 63

1. El Rey acredita a los embajadores y otros representantes diplomáticos. ...

Artículo 64

1. Los actos del Rey serán refrendados por el Presidente del Gobierno...

Artículo 65

1. El Rey recibe de los Presupuestos del Estado...

Título III. De las Cortes Generales

Capítulo primero. De las Cámaras

Artículo 66

1. Las Cortes Generales representan al pueblo español...

Artículo 67

1. Nadie podrá ser miembro de las dos Cámaras simultáneamente

Artículo 68

1. El Congreso se compone de un mínimo de 300 y un máximo de 400 Diputados, elegidos por sufragio universal, libre, igual, directo y secreto, en los términos que establezca la ley.

Artículo 69

1. El Senado es la Cámara de representación territorial...

Artículo 70

1. La ley electoral determinará las causas de inelegibilidad e incompatibilidad de los Diputados y Senadores...

Artículo 71

1. Los Diputados y Senadores gozarán de inviolabilidad por las opiniones manifestadas en el ejercicio de sus funciones.

Artículo 72

1. Las Cámaras establecen sus propios Reglamentos...

Artículo 73

1. Las Cámaras se reunirán anualmente...

Artículo 74

1. Las Cámaras se reunirán en sesión conjunta...

Artículo 75

1. Las Cámaras funcionarán en Pleno y por Comisiones.

Artículo 76

1. El Congreso y el Senado, y, en su caso, ambas Cámaras conjuntamente, podrán nombrar Comisiones de investigación...

Artículo 77

1. Las Cámaras pueden recibir peticiones individuales y colectivas...

Artículo 78

1. En cada Cámara habrá una Diputación Permanente...

Artículo 79

1. Para adoptar acuerdos, las Cámaras deben estar reunidas reglamentariamente y con asistencia de la mayoría de sus miembros.

Artículo 80

Las sesiones plenarias de las Cámaras serán públicas...

Capítulo segundo. De la elaboración de las leyes

Artículo 81

1. Son leyes orgánicas las relativas al desarrollo de los derechos fundamentales y de las libertades públicas, las que aprueben los Estatutos de Autonomía y el régimen electoral general y las demás previstas en la Constitución.

Artículo 82

1. Las Cortes Generales podrán delegar en el Gobierno la potestad de dictar normas con rango de ley...

Artículo 83

Las leyes de bases no podrán en ningún caso:

- a) Autorizar la modificación de la propia ley de bases.
- b) Facultar para dictar normas con carácter retroactivo.

Artículo 84

Cuando una proposición de ley o una enmienda fuere contraria a una delegación legislativa en vigor...,

Artículo 85

Las disposiciones del Gobierno que contengan legislación delegada recibirán el título de Decretos Legislativos.

Artículo 86

1. En caso de extraordinaria y urgente necesidad, el Gobierno podrá dictar disposiciones legislativas provisionales que tomarán la forma de Decretos-leyes...
2. Los Decretos-leyes deberán ser inmediatamente sometidos a debate y votación de totalidad al Congreso de los Diputados...,

Artículo 87

1. La iniciativa legislativa corresponde al Gobierno, al Congreso y al Senado,...

Artículo 88

Los proyectos de ley serán aprobados en Consejo de Ministros...,

Artículo 89

1. La tramitación de las proposiciones de ley se regulará por los Reglamentos de las Cámaras...

Artículo 90

2. ... El Senado en el plazo de dos meses, a partir del día de la recepción del texto, puede, mediante mensaje motivado, oponer su veto o introducir enmiendas al mismo....

Artículo 91

El Rey sancionará en el plazo de quince días las leyes aprobadas por las Cortes Generales, y las promulgará y ordenará su inmediata publicación.

Artículo 92

1. Las decisiones políticas de especial trascendencia podrán ser sometidas a referéndum consultivo...

Capítulo tercero. De los Tratados Internacionales

Artículo 93

Mediante la ley orgánica se podrá autorizar la celebración de tratados...

Artículo 94

1. La prestación del consentimiento del Estado para obligarse por medio de tratados o convenios requerirá la previa autorización de las Cortes Generales...,

Artículo 95

1. La celebración de un tratado internacional que contenga estipulaciones contrarias a la Constitución exigirá la previa revisión constitucional.
2. El Gobierno o cualquiera de las Cámaras puede requerir al Tribunal Constitucional para que declare si existe o no esa contradicción.

Artículo 96

1. Los tratados internacionales válidamente celebrados...,

Título IV. Del Gobierno y de la Administración

Artículo 97

El Gobierno dirige la política interior y exterior, la Administración civil y militar y la defensa del Estado...

Artículo 98

1. El Gobierno se compone del Presidente, de los Vicepresidentes, en su caso, de los Ministros...

Artículo 99

1. ...el Rey,... propondrá un candidato a la Presidencia del Gobierno.

Artículo 100

Los demás miembros del Gobierno serán nombrados y separados por el Rey, a propuesta de su Presidente.

Artículo 101

1. El Gobierno cesa tras la celebración de elecciones generales...

Artículo 102

1. La responsabilidad criminal del Presidente y los demás miembros del Gobierno será exigible, en su caso, ante la Sala de lo Penal del Tribunal Supremo.

Artículo 103

1. La Administración Pública sirve con objetividad los intereses generales y actúa de acuerdo con los principios de eficacia, jerarquía, descentralización, desconcentración y coordinación

Artículo 104

1. Las Fuerzas y Cuerpos de seguridad, bajo la dependencia del Gobierno, tendrán como misión proteger el libre ejercicio de los derechos y libertades y garantizar la seguridad ciudadana.

Artículo 105

La ley regulará:

- a) La audiencia de los ciudadanos...

Artículo 106

1. Los Tribunales controlan la potestad reglamentaria y la legalidad de la actuación administrativa....

Artículo 107

El Consejo de Estado es el supremo órgano consultivo del Gobierno...

Título V. De las relaciones entre el Gobierno y las Cortes Generales

Artículo 108

El Gobierno responde solidariamente en su gestión política ante el Congreso de los Diputados.

Artículo 109

Las Cámaras y sus Comisiones podrán recabar, a través de los Presidentes de aquéllas, la información...

Artículo 110

1. Las Cámaras y sus Comisiones pueden reclamar la presencia de los miembros del Gobierno.
2. Los miembros del Gobierno tienen acceso a las sesiones de las Cámaras y a sus Comisiones...

Artículo 111

1. El Gobierno y cada uno de sus miembros están sometidos a las interpelaciones y preguntas que se le formulen en las Cámaras...

Artículo 112

El Presidente del Gobierno..., puede plantear ante el Congreso de los Diputados la cuestión de confianza sobre su programa...

Artículo 113

1. El Congreso de los Diputados puede exigir la responsabilidad política del Gobierno...

Artículo 114

1. Si el Congreso niega su confianza al Gobierno, éste presentará su dimisión al Rey...,

Artículo 115

1. El Presidente del Gobierno, previa deliberación del Consejo de Ministros, y bajo su exclusiva responsabilidad, podrá proponer la disolución del Congreso, del Senado o de las Cortes Generales, que será decretada por el Rey. ...

Artículo 116

1. Una ley orgánica regulará los estados de alarma, de excepción y de sitio...

Título VI. Del Poder Judicial

Artículo 117

1. La justicia emana del pueblo y se administra en nombre del Rey por Jueces y Magistrados integrantes del poder judicial, independientes, inamovibles, responsables y sometidos únicamente al imperio de la ley...

Artículo 118

Es obligado cumplir las sentencias y demás resoluciones firmes de los Jueces y Tribunales...,

Artículo 119

La justicia será gratuita...

Artículo 120

1. Las actuaciones judiciales serán públicas...

Artículo 121

Los daños causados por error judicial...

Artículo 122

1. La ley orgánica del poder judicial determinará la constitución, funcionamiento y gobierno de los Juzgados y Tribunales...

Artículo 123

1. El Tribunal Supremo, con jurisdicción en toda España, es el órgano jurisdiccional superior en todos los órdenes...

Artículo 124

1. El Ministerio Fiscal...

Artículo 125

Los ciudadanos podrán ejercer la acción popular y participar en la Administración de Justicia mediante la institución del Jurado...

Artículo 126

La policía judicial depende de los Jueces, de los Tribunales y del Ministerio Fiscal...

Artículo 127

1. Los Jueces y Magistrados así como los Fiscales, mientras se hallen en activo, no podrán desempeñar otros cargos públicos...

Título VII. Economía y Hacienda

Artículo 128

1. Toda la riqueza del país en sus distintas formas y sea cual fuere su titularidad está subordinada al interés general.
2. Se reconoce la iniciativa pública en la actividad económica....

Artículo 129

1. La ley establecerá las formas de participación de los interesados en la Seguridad Social...

Artículo 130

1. Los poderes públicos atenderán a la modernización y desarrollo de todos los sectores económicos...

Artículo 131

1. El Estado, mediante ley, podrá planificar la actividad económica general...

Artículo 132

1. La ley regulará el régimen jurídico de los bienes de dominio público...

Artículo 133

1. La potestad originaria para establecer los tributos corresponde exclusivamente al Estado...,

Artículo 134

1. Corresponde al Gobierno la elaboración de los Presupuestos Generales del Estado y a las Cortes Generales, su examen, enmienda y aprobación....

Artículo 135

1. El Gobierno habrá de estar autorizado por ley para emitir Deuda Pública...

Artículo 136

1. El Tribunal de Cuentas es el supremo órgano fiscalizador de las cuentas y de la gestión económica de Estado...,

Título VIII. De la Organización Territorial del Estado

Capítulo primero. Principios generales

Artículo 137

El Estado se organiza territorialmente en municipios, en provincias y en las Comunidades Autónomas...

Artículo 138

1. El Estado garantiza la realización efectiva del principio de solidaridad...

Artículo 139

1. Todos los españoles tienen los mismos derechos y obligaciones en cualquier parte del territorio del Estado.

Capítulo segundo. De la Administración Local

Artículo 140

La Constitución garantiza la autonomía de los municipios...

Artículo 141

1. La provincia es una entidad local con personalidad jurídica propia...,

Artículo 142

La Haciendas locales...

Capítulo tercero. De las Comunidades Autónomas

Artículo 143

1. En el ejercicio del derecho a la autonomía...

Artículo 144

Las Cortes Generales., podrán, ...: a) Autorizar la constitución de una comunidad autónoma...

Artículo 145

1. En ningún caso se admitirá la federación de Comunidades Autónomas...

Artículo 146

El proyecto de Estatuto será elaborado por una asamblea compuesta por los miembros de la Diputación...

Artículo 147

1. Dentro de los términos de la presente Constitución, los Estatutos serán la norma institucional básica de cada Comunidad Autónoma...

Artículo 148

1. Las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias...

Artículo 149

1. El Estado tiene competencia exclusiva ...

Artículo 150

1. Las Cortes Generales, en materias de competencia estatal, podrán atribuir a todas o a alguna de las Comunidades Autónomas la facultad de dictar...

Artículo 151

1. No será preciso dejar transcurrir el plazo de cinco años...

Artículo 152

1. En los Estatutos aprobados por el procedimiento a que se refiere el artículo anterior, la organización institucional autonómica se basará en una Asamblea Legislativa...

Artículo 153

El control de la actividad de los órganos de las Comunidades Autónomas se ejercerá...:

Artículo 154

Un Delegado nombrado por el Gobierno dirigirá la Administración del Estado en el territorio de la Comunidad Autónoma...

Artículo 155

1. Si una Comunidad Autónoma no cumpliere las obligaciones que la Constitución u otras leyes le impongan...

Artículo 156

1. Las Comunidades Autónomas gozarán de autonomía financiera...

Artículo 157

1. Los recursos de las Comunidades Autónomas estarán constituidos por...:

Artículo 158

1. En los Presupuestos Generales del Estado podrá establecerse una asignación a las Comunidades Autónomas...

Título IX. Del Tribunal Constitucional

Artículo 159

1. El Tribunal Constitucional se compone de 12 miembros nombrados por el Rey...;

Artículo 160

El Presidente del Tribunal Constitucional...

Artículo 161

1. El Tribunal Constitucional tiene jurisdicción en todo el territorio español...

Artículo 163

Cuando un órgano judicial considere...,

Artículo 164

1. Las sentencias del Tribunal Constitucional...

Artículo 165

Una ley orgánica regulará el funcionamiento del Tribunal Constitucional...,

Titulo X. De la reforma constitucional

Artículo 166

La iniciativa de reforma constitucional se ejercerá en los términos previstos en los apartados 1 y 2 del artículo 87.

Artículo 167

1. Los proyectos de reforma constitucional deberán ser aprobados por...

Artículo 168

1. Cuando se propusiere la revisión total de la Constitución o una parcial...

Artículo 169

No podrá iniciarse la reforma constitucional en tiempo de guerra...

Disposiciones adicionales

Primera

La Constitución ampara y respeta los derechos históricos de los territorios forales....

Segunda

La declaración de mayoría de edad...

Tercera

La modificación del régimen económico y fiscal del archipiélago canario...

Cuarta

En las Comunidades Autónomas donde tengan su sede más de una Audiencia Territorial...

Disposiciones transitorias

Primera

En los territorios dotados de un régimen provisional de autonomía...

Segunda

Los territorios que en el pasado hubiesen plebiscitado afirmativamente proyectos de Estatuto de autonomía y cuenten...

Tercera

La iniciativa del proceso autonómico por parte de las Corporaciones locales...

Cuarta

1. En el caso de Navarra,...

Quinta

Las ciudades de Ceuta y Melilla podrán constituirse en Comunidades Autónomas...

Sexta

Cuando se remitieran a la Comisión Constitucional del Congreso...

Séptima

Los organismos provisionales autonómicos se considerarán disueltos en los siguientes casos...:

Octava

1. Las Cámaras que han aprobado la presente Constitución asumirán...

Novena

A los tres años de la elección por vez primera de los miembros del Tribunal Constitucional...

Disposición derogatoria

1. Queda derogada...

2. LEY GENERAL DE SANIDAD. LEY 14/1986, DE 25 DE ABRIL

2.1. FUNDAMENTOS Y PREÁMBULO

Los fundamentos de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, vienen expuestos en su Preámbulo y en el Título Preliminar.

La directriz sobre la que descansa toda la Ley es la creación de un Sistema Nacional de Salud, concebido como el conjunto de servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados.

Así mismo, la Ley establece que serán las Áreas de Salud las piezas básicas de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, de manera que sea posible ofrecer desde ellas todas las prestaciones propias del sistema sanitario.

En el mismo Preámbulo de la Ley General de Sanidad se afirma que no hay ninguna tan reiteradamente ensayada ni con tanta contundencia frustrada como la Ley Reformadora de la Sanidad. Esto ha sido debido a que las respuestas a los problemas de salud siempre han ido a la zaga de la evolución de las necesidades, sin conseguir alcanzarlas, siendo una constante la inadaptación de las estructuras sanitarias a las necesidades de cada época.

Desde el punto de vista legislativo, merecen destacarse las siguientes manifestaciones de este carácter:

- Ley de Sanidad Española, de 28 de noviembre de 1855, posterior al Código Sanitario de 1822, que extiende su vigencia hasta principios del Siglo XX. En la misma se establece un sistema de asistencia sanitaria fundada en el libre ejercicio profesional, apoya la estructura sanitaria pública y la hace depender de las Diputaciones Provinciales, para atender a las personas sin recursos, y elabora las normas de Policía Sanitaria.
- Real Decreto de 12 de enero de 1904, que potencia el papel del Estado como responsable del control higiénico, a través del Instituto de Higiene Alfonso XIII.
- Reglamento de Sanidad Municipal y Provincial de 1925, que regulaba las competencias de Ayuntamientos y Diputaciones en materia de Sanidad.
- Ley de Coordinación de Servicios Sanitarios (1934), que estuvo en vigor solo parcialmente durante la II República, unificando la gestión de las prestaciones sanitarias y las prestaciones sociales.
- Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 25 de noviembre de 1944. El contenido de las responsabilidades públicas se refiere a la atención de los problemas sanitarios que pueden afectar a la colectividad, desarrollando una actividad de prevención, mientras que la asistencia a la salud individual queda al margen.
- A las funciones preventivas tradicionales se sumarán otras nuevas relativas al Medio Ambiente, la alimentación, el saneamiento, los riesgos laborales, etc.
- Ley Orgánica 3/86, de 14 de abril, sobre Medidas Especiales en materia de Salud

Pública, en la que se prevén una serie de medidas dirigidas al control de las enfermedades transmisibles, garantizando los abastecimientos de medicamentos, así como la adopción de medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control de las condiciones sanitarias en las que se desarrolle una actividad.

- Ley 14/86, de 25 de abril, General de Sanidad cuyos contenidos estudiaremos a continuación.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, ha supuesto, entre otros objetivos, la adaptación de determinados preceptos de la Ley General de Sanidad a los nuevos retos que se plantean en la organización del Sistema Nacional de Salud.

2.2. LEY GENERAL DE SANIDAD: CAPÍTULOS

Exposición de motivos

... La directriz sobre la que descansa toda la reforma que el presente proyecto de ley propone es la creación de un Sistema Nacional de Salud.

...El eje del modelo que la Ley adopta son las Comunidades Autónomas,

.... El Sistema Nacional de Salud se concibe así como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados.

... "En cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado como se establece en los artículos siguientes bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma".

... la Ley establece que serán las Áreas de Salud las piezas básicas de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas

CAPITULO I

DE LOS PRINCIPIOS GENERALES

Artículo 3

1. Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades...
2. La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.
3. La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales.

Artículo 4

2. ... Las Comunidades Autónomas crearán sus Servicios de Salud dentro del marco de esta Ley y de sus respectivos Estatutos de Autonomía.

Artículo 5

1. Los Servicios Públicos de Salud se organizarán de manera que sea posible articular la participación comunitaria...
2. A los efectos de dicha participación se entenderán comprendidas las organizaciones empresariales y sindicales....

Artículo 6

Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas:

1. A la promoción de la salud.
2. A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.
3. A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.
4. A garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud. 5. A promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente.

Artículo 7

Los servicios sanitarios... adecuarán su organización y funcionamiento a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad.

Artículo 8

1. Se considera como actividad fundamental del sistema sanitario la realización de los estudios epidemiológicos...

2. ... se considera actividad básica del sistema sanitario la que pueda incidir sobre el ámbito propio de la Veterinaria de Salud Pública...

Artículo 9

Los poderes públicos deberán informar a los usuarios...

Artículo 10

Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

1. Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad...
2. A la información sobre los servicios sanitarios...
3. A la confidencialidad de toda la información...
4. A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos...
7. A que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer...,
10. A participar, a través de las instituciones comunitarias, en las actividades sanitarias...
12. A utilizar las vías de reclamación...
13. A elegir el médico y los demás sanitarios titulados...
14. A obtener los medicamentos y productos sanitarios...

Artículo 11

Serán obligaciones de los ciudadanos...

1. Cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria...
2. Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las Instituciones Sanitarias.
3. Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones...

Artículo 12

Los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso...

Artículo 13

El Gobierno aprobará las normas precisas para evitar el intrusismo profesional y la mala práctica.

Artículo 14

Los poderes públicos procederán..., a la aplicación de la facultad de elección de médico en la atención primaria del Área de Salud.

Artículo 15

1. ... los usuarios del Sistema Nacional de Salud tienen derecho, en el marco de su Área de Salud, a ser atendidos en los servicios especializados hospitalarios.
2. El Ministerio de Sanidad y Consumo acreditará servicios de referencia, a los que podrán acceder todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud...

Artículo 16

Las normas de utilización de los servicios sanitarios serán iguales para todos...,

Artículo 17

Las Administraciones Públicas obligadas a atender sanitariamente a los ciudadanos no abonarán a éstos los gastos que puedan ocasionarse por la utilización de servicios...

CAPITULO II

DE LAS ACTUACIONES SANITARIAS DEL SISTEMA DE SALUD

Artículo 18

Las Administraciones Públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los Órganos competentes en cada caso, desarrollarán las siguientes actuaciones:

1. Adopción sistemática de acciones para la educación sanitaria...
2. La atención primaria integral de la salud...,
3. La asistencia sanitaria especializada,...
4. La prestación de los productos terapéuticos precisos.
5. Los programas de atención a grupos de población de mayor riesgo y programas específicos...
6. La promoción y la mejora de los sistemas de saneamiento, abastecimiento de aguas, eliminación y tratamiento de residuos líquidos y sólidos...;
7. Los programas de orientación en el campo de la planificación familiar..
8. La promoción y mejora de la salud mental.
9. La protección, promoción y mejora de la salud laboral.

10. El control sanitario y la prevención de los riesgos para la salud derivados de los productos alimentarios...,
11. El control sanitario de los productos farmacéuticos,...
12. Promoción y mejora de las actividades de Veterinaria de Salud Pública...,
13. La difusión de la información epidemiológica general...
14. La mejora y adecuación de las necesidades de la formación del personal al servicio de la organización sanitaria.
15. El fomento de la investigación científica...
16. El control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles.

Artículo 19

1. Los poderes públicos prestarán especial atención a la sanidad ambiental...
2. Las autoridades sanitarias propondrán o participarán con otros Departamentos en la elaboración y ejecución de la legislación sobre:
 - a. Calidad del aire.
 - b. Aguas.
 - c. Alimentos e industrias alimentarias.
 - d. Residuos orgánicos sólidos y líquidos.
 - e. El suelo y subsuelo.
 - f. Las distintas formas de energía.
 - g. Transporte colectivo.
 - h. Sustancias tóxicas y peligrosas.
 - i. La vivienda y el urbanismo.
 - j. El medio escolar y deportivo.
 - k. El medio laboral.
 - l. Lugares, locales e instalaciones de esparcimiento público.
 - m. Cualquier otro aspecto del medio ambiente relacionado con la salud.

CAPITULO III

DE LA SALUD MENTAL

Artículo 20

Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental...

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario...,
3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios...
4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán... los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

CAPITULO IV

DE LA SALUD LABORAL

Artículo 21

1. La actuación sanitaria en el ámbito de la salud laboral comprenderá los siguientes aspectos:
 - a. Promover con carácter general la salud integral del trabajador.
 - b. Actuar en los aspectos sanitarios de la prevención de los riesgos profesionales.
 - c. Asimismo se vigilarán las condiciones de trabajo y ambientales...
 - d. Determinar y prevenir los factores de microclima laboral...
 - e. Vigilar la salud de los trabajadores...
 - f. Elaborar junto con las autoridades laborales competentes un mapa de riesgos laborales...
 - g. Promover la información, formación y participación de los trabajadores y empresarios...

Artículo 22

Los empresarios y trabajadores a través de sus organizaciones representativas participarán en la planificación, programación, organización y control de la gestión relacionada con la salud laboral, en los distintos niveles territoriales.

CAPITULO V

DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA CON LA SALUD INDIVIDUAL Y COLECTIVA

Artículo 23

...las Administraciones Sanitarias, de acuerdo con sus competencias, crearán los Registros y elaborarán los análisis de información...

Artículo 24

Las actividades públicas y privadas que, directa o indirectamente, puedan tener consecuencias negativas para la salud...,

Artículo 25

1. La exigencia de autorizaciones sanitarias...,
2. Deberán establecerse, asimismo, prohibiciones y requisitos mínimos para el uso y tráfico de los bienes, cuando supongan un riesgo o daño para la salud.
3. ...La intervención sanitaria no tendrá más objetivo que la eliminación de los riesgos para la salud colectiva y cesará tan pronto como aquéllos queden excluidos.

Artículo 26

1. ... la existencia de un riesgo inminente y extraordinario para la salud, las autoridades sanitarias adoptarán las medidas preventivas...

Artículo 27

Las Administraciones Públicas... realizarán un control de la publicidad y propaganda comerciales...

Artículo 28

Todas las medidas preventivas...deben atender a los siguientes principios:

Artículo 29

1. Los centros y establecimientos sanitarios, cualesquiera que sea su nivel y categoría o titular, precisarán autorización administrativa previa para su instalación y funcionamiento...,

Artículo 30

1. Todos los Centros y establecimientos sanitarios... estarán sometidos a la inspección y control por las Administraciones Sanitarias competentes.

Artículo 31

1. El personal al servicio de las Administraciones Públicas que desarrolle las funciones de inspección,... estará autorizado para...:
2. ..., las autoridades sanitarias competentes podrán ordenar la suspensión provisional, prohibición de las actividades y clausura definitiva de los Centros y establecimientos...,

CAPITULO VI

DE LAS INFRACCIONES Y SANCIONES

Artículo 32

1. Las infracciones en materia de sanidad serán objeto de las sanciones...
2. En los supuestos en que las infracciones pudieran ser constitutivas de delito...,

Artículo 33

En ningún caso se impondrá una doble sanción por los mismos hechos...

Artículo 34

Las infracciones se califican como leves, graves y muy graves...

Artículo 35

Se tipifican como infracciones sanitarias las siguientes...:

Artículo 36

1. Las infracciones en materia de sanidad serán sancionadas con multas...

Artículo 37

No tendrán carácter de sanción la clausura o cierre de establecimientos, instalaciones o servicios que no cuenten con las previas autorizaciones...

TITULO II DE LAS COMPETENCIAS DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

CAPITULO I

DE LAS COMPETENCIAS DEL ESTADO

Artículo 38

1. Son competencia exclusiva del Estado la sanidad exterior y las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales...

Artículo 39

Mediante las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales, España colaborará con otros países y Organismos internacionales: En el control epidemiológico

Artículo 40

La Administración del Estado, sin menoscabo de las competencias de las Comunidades Autónomas, desarrollará las siguientes actuaciones:

1. ...control sanitario del medio ambiente.
2. ...las reglamentaciones técnico-sanitarias de los alimentos, servicios o productos directa o indirectamente relacionados con el uso y consumo humanos.
3. El registro general sanitario de alimentos y de las industrias...,
4. La autorización mediante reglamentaciones y listas positivas de aditivos
5. La reglamentación, autorización y registro u homologación, según proceda, de los medicamentos de uso humano y veterinario...
6. La reglamentación y autorización de las actividades de las personas físicas o jurídicas dedicadas a la preparación, elaboración y fabricación de los productos...

7. La determinación con carácter general de las condiciones y requisitos técnicos mínimos para la aprobación y homologación de las instalaciones y equipos de los centros y servicios.
8. La reglamentación sobre acreditación, homologación, autorización y registro de centros o servicios...
9. El Catálogo y Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios...
10. La homologación de programas de formación posgraduada, perfeccionamiento y especialización del personal sanitario
11. La homologación general de los puestos de trabajo de los servicios sanitarios...
12. Los servicios de vigilancia y análisis epidemiológicos y de las zoonosis...
13. El establecimiento de sistemas de información sanitaria y la realización de estadísticas...
14. La coordinación de las actuaciones dirigidas a impedir o perseguir todas las formas de fraude, abuso, corrupción o desviación de las prestaciones...
15. La elaboración de informes generales sobre la salud pública y la asistencia sanitaria.
16. El establecimiento de medios y de sistemas de relación que garanticen la información y comunicación...

CAPITULO II

DE LAS COMPETENCIAS DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Artículo 41

1. Las Comunidades Autónomas ejercerán las competencias asumidas en sus Estatutos y las que el Estado les transfiera...
2. Las decisiones y actuaciones públicas previstas en esta Ley que no se hayan reservado expresamente al Estado se entenderán atribuidas a las Comunidades Autónomas.

CAPITULO III

DE LAS COMPETENCIAS DE LAS CORPORACIONES LOCALES

Artículo 42

1. Las normas de las Comunidades Autónomas, ...deberán tener en cuenta las responsabilidades y competencias de las provincias, municipios y demás Administraciones ...

2. Las Corporaciones Locales participarán en los órganos de dirección de las Areas de Salud.
3. ...los Ayuntamientos, sin perjuicio de las competencias de las demás Administraciones Públicas, tendrán las siguientes responsabilidades...
 - a. Control sanitario del medio ambiente...:
 - b. Control sanitario de industrias, actividades y servicios, transportes, ruidos y vibraciones.
 - c. Control sanitario de edificios y lugares de vivienda y convivencia humana...
 - d. Control sanitario de la distribución y suministro de alimentos, bebidas y demás productos...,
 - e. Control sanitario de los cementerios y policía sanitaria mortuoria.

CAPITULO IV

DE LA ALTA INSPECCIÓN

Artículo 43

1. El Estado ejercerá la Alta Inspección...
2. Son actividades propias de la Alta Inspección:
 - a. Supervisar la adecuación entre los planes y programas sanitarios...
 - b. Evaluar el cumplimiento de fines y objetivos comunes...
 - c. Supervisar el destino y utilización de los fondos y subvenciones...
 - d. Comprobar que los fondos correspondientes a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas son utilizados de acuerdo...
 - e. Supervisar la adscripción a fines sanitarios de centros, servicios o establecimientos del Estado transferidos...
 - f. Verificar la inexistencia de cualquier tipo de discriminación...
 - g. Supervisar que el ejercicio de las competencias en materia de sanidad...
3. Las funciones de Alta Inspección se ejercerán por los órganos del Estado competentes...

TITULO III DE LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

CAPITULO I

DE LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

Artículo 44

1. Todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud integrarán el Sistema Nacional de Salud.
2. El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en los términos establecidos en la presente Ley.

Artículo 45

El Sistema Nacional de Salud integra todas las funciones y prestaciones sanitarias...

Artículo 46

Son características fundamentales del Sistema Nacional de Salud:

- a. La extensión de sus servicios a toda la población.
- b. La organización adecuada para prestar una atención integral a la salud...de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación.
- c. La coordinación y... la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único.
- d. La financiación... se realizará mediante recursos de las Administraciones Públicas, cotizaciones y tasas por la prestación de determinados servicios.
- e. La prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.

Artículo 47

1. Se crea el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud...,
2. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud será el órgano permanente de comunicación e información de los distintos Servicios de Salud...,
3. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ejercerá también las funciones en materia de planificación...
4. Será Presidente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el Ministro de Sanidad y Consumo.
5. Se crea un Comité Consultivo vinculado con el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud... a.

Artículo 48

El Estado y las Comunidades Autónomas podrán constituir comisiones y comités técnicos...

CAPITULO II

DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Artículo 49

Las Comunidades Autónomas deberán organizar sus Servicios de Salud de acuerdo con los principios básicos de la presente Ley.

Artículo 50

1. En cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de Salud...

Artículo 51

1. Los Servicios de Salud que se creen en las Comunidades Autónomas se planificarán con criterios de racionalización de los recursos...
2. La ordenación territorial de los Servicios será competencia de las Comunidades Autónomas...

Artículo 52

Las Comunidades Autónomas..., dispondrán acerca de los órganos de gestión y control de sus respectivos Servicios de Salud

Artículo 53

1. Las Comunidades Autónomas ajustarán el ejercicio de sus competencias en materia sanitaria a criterios de participación democrática de todos los interesados, así como de los representantes sindicales y de las organizaciones empresariales.
2. ... creará el Consejo de Salud de la Comunidad Autónoma. En cada Área, la Comunidad Autónoma deberá constituir..., órganos de participación en los servicios sanitarios.

Artículo 54

Cada Comunidad Autónoma elaborará un Plan de Salud...

CAPITULO III

DE LAS ÁREAS DE SALUD

Artículo 56

1. Las Comunidades Autónomas delimitarán y constituirán en su territorio demarcaciones denominadas Áreas de Salud...
2. Las Áreas de Salud son las estructuras fundamentales del sistema sanitario...
3. Las Áreas de Salud serán dirigidas por un órgano propio, donde deberán participar las Corporaciones Locales...
4. Las Áreas de Salud se delimitarán teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación...
5. ... el Área de Salud extenderá su acción a una población no inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000. Se exceptúan de la regla anterior las Comunidades Autónomas de Baleares y Canarias y las ciudades de Ceuta y Melilla..., cada provincia tendrá, como mínimo, un Área.

Artículo 57

Las Áreas de Salud contarán, como mínimo, con los siguientes órganos:

- 1º De participación: El Consejo de Salud de Área.
- 2º De dirección: El Consejo de Dirección de Área.
- 3º De gestión: El Gerente de Área.

Artículo 62

1. Para conseguir la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios a nivel primario, las Áreas de Salud se dividirán en zonas básicas de salud.

Artículo 63

La zona básica de salud es el marco territorial de la atención primaria de salud donde desarrollan las actividades sanitarias los Centros de Salud

Los Centros de Salud desarrollarán de forma integrada y mediante el trabajo en equipo todas las actividades encaminadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva...

Artículo 64

El Centro de Salud tendrá las siguientes funciones:

Artículo 65

1. Cada Área de Salud estará vinculada o dispondrá...

Artículo 66

1. Formará parte de la política sanitaria...la creación de una red integrada de hospitales del sector público.

Artículo 67

1. La vinculación a la red pública de los hospitales... se realizará mediante convenios singulares.
5. Los hospitales privados vinculados con el Sistema Nacional de la Salud estarán sometidos a las mismas inspecciones y controles sanitarios, administrativos y económicos que los hospitales públicos..., aplicando criterios homogéneos y previamente reglados. Artículo 68.

Artículo 69

1. En los Servicios sanitarios públicos se tenderá hacia la autonomía y control democrático de su gestión, implantando una dirección participativa por objetivos.
2. Los Médicos y demás profesionales titulados del centro deberán participar en los órganos encargados de la evaluación de la calidad asistencial del mismo.
3. Todos los Hospitales deberán posibilitar o facilitar a las unidades de control de calidad externo...

CAPITULO IV

DE LA COORDINACIÓN GENERAL SANITARIA

Artículo 70

1. El Estado y las Comunidades Autónomas aprobarán planes de salud...
2. La Coordinación General Sanitaria incluirá:
3. El Gobierno elaborará los criterios generales de coordinación sanitaria...
4. Los criterios generales de coordinación aprobados por el Estado se remitirán a las Comunidades Autónomas para que sean tenidos en cuenta...

Artículo 71

1. El Estado y las Comunidades Autónomas podrán establecer planes de salud conjuntos...

Artículo 72

Las Comunidades Autónomas podrán establecer planes en materia de su competencia...

Artículo 73

1. La coordinación general sanitaria se ejercerá por el Estado...

Artículo 74

1. El Plan Integrado de Salud, que deberá tener en cuenta los criterios de coordinación general sanitaria...
2. El Plan Integrado de Salud tendrá el plazo de vigencia que en el mismo se determine.

Artículo 75

2. Una vez comprobada la adecuación de los Planes de Salud de las Comunidades Autónomas a los criterios generales de coordinación, el Departamento de Sanidad de la Administración del Estado confeccionará el Plan Integrado de Salud...

Artículo 76

1. El Plan Integrado de Salud se entenderá definitivamente formulado una vez que tenga conocimiento del mismo el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, ...
2. La incorporación de los diferentes planes de salud estatales y autonómicos al Plan Integrado de Salud implica la obligación correlativa...

Artículo 77

1. El Estado y las Comunidades Autónomas podrán hacer los ajustes y adaptaciones

CAPITULO V

DE LA FINANCIACIÓN

Artículo 78

Los Presupuestos del Estado, Comunidades Autónomas, Corporaciones Locales y Seguridad Social consignarán las partidas precisas para atender las necesidades sanitarias...

Artículo 79

1. La financiación de la asistencia prestada se realizará con cargo a:
 - a. Cotizaciones sociales.

- b. Transferencias del Estado,
- c. Tasas por la prestación de determinados servicios.
- d. Por aportaciones de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales.
- e. Tributos estatales cedidos.

Artículo 80

El Gobierno regulará el sistema de financiación de la cobertura de la asistencia sanitaria del sistema de la Seguridad Social para las personas no incluidas en la misma...

Artículo 81

La generalización del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria que implica la homologación de las atenciones y prestaciones del sistema sanitario público se efectuará mediante una asignación de recursos financieros...

Artículo 82

La financiación de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social transferidos a las Comunidades Autónomas se efectuará según el Sistema de financiación autonómica...

Artículo 83

Los ingresos procedentes de la asistencia sanitaria en los supuestos de seguros obligatorios especiales...

CAPITULO VI

DEL PERSONAL

Artículo 84

1. El personal de la Seguridad Social... se regirán por lo establecido en el Estatuto-Marco que aprobará el Gobierno...
2. Este Estatuto-Marco contendrá la normativa básica aplicable en materia de clasificación, selección, provisión de puestos de trabajo y situaciones, derechos, deberes, régimen disciplinario, incompatibilidades y sistema retributivo, garantizando la estabilidad en el empleo y su categoría profesional...
3. Las normas de las Comunidades Autónomas en materia de personal se ajustarán a lo previsto en dicho Estatuto-Marco...

TITULO IV DE LAS ACTIVIDADES SANITARIAS PRIVADAS

CAPITULO I

DEL EJERCICIO LIBRE DE LAS PROFESIONES SANITARIAS

Artículo 88

Se reconoce el derecho al ejercicio libre de las profesiones sanitarias...,

CAPITULO II

DE LAS ENTIDADES SANITARIAS

Artículo 89

Se reconoce la libertad de empresa en el sector sanitario...,

Artículo 90

1. Las Administraciones Públicas Sanitarias, en el ámbito de sus respectivas competencias, podrán establecer conciertos para la prestación de servicios sanitarios...

Artículo 91

1. Los centros y establecimientos sanitarios... podrán percibir, con carácter no periódico, subvenciones económicas...

Artículo 92

1. La Administración Sanitaria facilitará la libre actividad de las Asociaciones de Usuarios de la Sanidad, de las Entidades sin ánimo de lucro y Cooperativas de tipo sanitario...,

Artículo 93

No podrán ser vinculados los hospitales y establecimientos del sector privado en el Sistema Nacional de Salud...cuando...

TITULO V DE LOS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

CAPITULO UNICO

Artículo 95

1. Corresponde a la Administración Sanitaria del Estado valorar la idoneidad sanitaria de los medicamentos...

Artículo 96

1. La autorización de los medicamentos y demás productos sanitarios será temporal...

Artículo 97

La Administración Sanitaria del Estado..., otorgará a los medicamentos una denominación oficial española...

Artículo 99

Los importadores, fabricantes y profesionales sanitarios tienen la obligación de comunicar los efectos adversos causados por medicamentos...

Artículo 100

1. La Administración del Estado exigirá la licencia previa a las personas físicas, o jurídicas que se dediquen a la importación, elaboración, fabricación, distribución o exportación de medicamentos y otros productos sanitarios...

Artículo 101

1. La licencia de los medicamentos y demás productos sanitarios...

Artículo 102

1. La publicidad de medicamentos y otros productos sanitarios dirigida a los profesionales se ajustará a las condiciones de su licencia...
2. La publicidad de medicamentos y productos sanitarios dirigida al público requerirá su calificación especial y autorización previa...

Artículo 103

1. La custodia, conservación y dispensación de medicamentos corresponderá...:

TITULO VI DE LA DOCENCIA Y LA INVESTIGACIÓN

CAPITULO I

DE LA DOCENCIA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Artículo 104

1. Toda la estructura asistencial del sistema sanitario debe estar en disposición de ser utilizada para la docencia pregraduada, posgraduada y continuada de los profesionales.

4. Las Universidades deberán contar, al menos, con un Hospital y tres Centros de Atención Primaria universitarios o con función universitaria para el ejercicio de la docencia y la investigación...

CAPITULO II

DEL FOMENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Artículo 106

1. Las actividades de investigación habrán de ser fomentadas en todo el sistema sanitario...

Artículo 108

TITULO VII DEL INSTITUTO DE SALUD "CARLOS III"

CAPITULO UNICO

Artículo 111

1. Se constituye, como órgano de apoyo científico-técnico del Departamento de Sanidad de la Administración del Estado... tendrá la naturaleza de Organismo

Artículo 112

2. ...El Instituto de Salud "Carlos III" desarrollará sus funciones en coordinación con el Consejo Interterritorial de Salud.... Tales funciones serán:
 - a. Formación especializada del personal al servicio de la salud y gestión sanitaria.
 - b. Microbiología, virología e inmunología.
 - c. Alimentación, metabolismo y nutrición.

- d. Control de medicamentos y productos sanitarios.
- e. Sanidad ambiental.
- f. Control de productos biológicos.
- g. Control sanitario de alimentos.
- h. Control sanitario de productos químicos potencialmente peligrosos.
- i. Epidemiología y sistemas de información.
- j. Control de las enfermedades infecciosas e inmunológicas.
- k. Control de las enfermedades crónicas.
- l. Investigación clínica.
- m. Investigaciones sobre genética y reproducción humana.
- n. Ciencias sociales y económicas aplicadas a la salud.
- o. Fomento y coordinación de las actividades de investigación biomédica y sanitaria, en el marco de la Ley de Fomento y Coordinación General de la Investigación Científica y Técnica.
- p. Educación sanitaria de la población.
- q. Cualesquiera otras de interés para el Sistema Nacional de Salud que le sean asignadas.

DISPOSICIONES ADICIONALES

PRIMERA

1. En los casos de la Comunidad Autónoma del País Vasco y de la Comunidad Foral de Navarra, la financiación de la asistencia sanitaria del Estado se regirá...
2. En el caso de la Comunidad Autónoma del País Vasco...la financiación...

SEGUNDA

El Gobierno adoptará los criterios básicos mínimos y comunes en materia de información sanitaria

TERCERA

Se regulará, con la flexibilidad económico-presupuestaria que requiere la naturaleza comercial de sus operaciones...,

CUARTA

La distribución y dispensación de medicamentos y productos zoonosanitarios se regulará por su legislación correspondiente.

QUINTA

En el Sistema Nacional de Salud, se financiarán con fondos públicos

SEXTA

1. Los centros sanitarios de la Seguridad Social quedarán integrados en el Servicio de Salud sólo en los casos en que la Comunidad Autónoma haya asumido competencias...

2. La coordinación de los centros sanitarios de la Seguridad Social ...se realizará mediante una Comisión integrada por representantes de la Administración del Estado y de la Comunidad Autónoma...

SÉPTIMA

Los centros y establecimientos sanitarios que forman parte del patrimonio único de la Seguridad Social...

NOVENA

1. El Gobierno aprobará...el procedimiento y los plazos para la formación de los Planes Integrados de Salud.
2. Para la formación del primer Plan Integrado de Salud...,

DÉCIMA

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA

1. Las Corporaciones Locales que en la actualidad disponen de servicios y establecimientos sanitarios...

SEGUNDA

El Gobierno..., determinará en su momento la oportuna coordinación de los servicios sanitarios gestionados por el Instituto Social de la Marina

TERCERA

1. El Instituto Nacional de la Salud continuará subsistiendo y ejerciendo las funciones que tiene atribuidas, en tanto no se haya culminado el proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas...
2. Las Comunidades Autónomas deberán acordar la creación, organización y puesta en funcionamiento de sus Servicios de Salud en el plazo máximo de doce meses...

CUARTA

Las posibles transferencias a realizar en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a favor de las Comunidades Autónomas

QUINTA

DISPOSICIONES DEROGATORIAS

DISPOCICIONES FINALES

3. EL ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

3.1. INTRODUCCIÓN

Los profesionales sanitarios y demás colectivos de personal que prestan sus servicios en los centros e instituciones sanitarias de la Seguridad Social, han tenido históricamente en España una regulación específica. Esa regulación propia se ha identificado con la expresión "personal estatutario" que deriva directamente de la denominación de los tres Estatutos de Personal –el Estatuto de Personal Médico, el Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo y el Estatuto de Personal no Sanitario– de tales Centros e Instituciones.

La necesidad de mantener una regulación especial para el personal de los servicios sanitarios ha sido apreciada, y reiteradamente declarada, por las normas reguladoras del personal de los servicios públicos. Así, la Ley 30/1984, de 2 de agosto, de Medidas para la Reforma de la Función Pública, mantuvo vigente en su totalidad el régimen estatutario de este personal, determinando, en su Disposición Transitoria Cuarta, que sería objeto de una legislación especial.

La Ley General de Sanidad, en su artículo 84 estableció que un Estatuto-Marco regularía las normativas básicas aplicables al personal estatutario en todos los Servicios de Salud, normas básicas específicas y diferenciadas de las generales de los funcionarios públicos.

La conveniencia de una normativa propia para este personal deriva de la necesidad de que su régimen jurídico se adapte a las específicas características del ejercicio de las profesiones sanitarias y del servicio sanitario-asistencial, así como a las peculiaridades organizativas del Sistema Nacional de Salud.

Tras 17 años de espera, el día 17 de diciembre de 2003 se publicó en el Boletín Oficial de Ley la ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud.

3.2. EL ESTATUTO MARCO: CAPÍTULOS

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

...El Sistema Nacional de Salud es un modelo organizativo especial, que sólo existe en el ámbito de los servicios sanitarios públicos, que crea y configura la Ley General de Sanidad como medio de adaptación de tales servicios a la organización política y territorial española, y que se concibe como el conjunto de los diferentes Servicios de Salud con un funcionamiento armónico y coordinado.

...Así, el Estatuto-Marco deroga el régimen estatutario configurado por los tres Estatutos de Personal –todos ellos preconstitucionales– y por las disposiciones que los modificaron, complementaron o desarrollaron, sustituyéndolo por el marco básico que compone el propio Estatuto y por las disposiciones que, en el ámbito de cada Administración Pública, desarrollen tal marco básico y general.

...En el Capítulo I se establece con nitidez el carácter funcional de la relación estatutaria, sin perjuicio de sus peculiaridades especiales, que se señalan en la propia Ley y que deberán ser desarrolladas en cada una de las Comunidades Autónomas respecto de su propio personal.

...Los criterios para la clasificación del personal estatutario, basados en las funciones a desarrollar y en los niveles de titulación, figuran en su Capítulo II, que también regula la figura del personal temporal, cuya importancia y necesidad en el sector sanitario deriva de la exigencia de mantener permanente y constantemente en funcionamiento los distintos centros e instituciones.

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

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

...El principio de libre circulación y la posibilidad de movilidad del personal en todo el Sistema Nacional de Salud, se consagra en el Capítulo VII. Esta movilidad general, básica para dotar al Sistema Nacional de Salud de cohesión y coordinación, es también un mecanismo para el desarrollo del personal, que se complementa con la regulación de la carrera que se contiene en el Capítulo VIII y con el régimen retributivo que se fija en el Capítulo IX.

... Consideración especial merece la Sección 1ª del Capítulo X, pues en ella se lleva a cabo la transposición al sector sanitario de dos Directivas de la Comunidad Europea relativas a la protección de la seguridad y salud de los trabajadores a través de la regulación de los tiempos de trabajo y del régimen de descansos, las Directivas 93/104/CE, del Consejo, de 23 de noviembre de 1993, y 2000/34/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 22 de junio de 2000.

...También la Constitución, en su artículo 40.2, asigna a los poderes públicos la función de velar por la seguridad e higiene en el trabajo, y establece que garantizarán el descanso necesario mediante la limitación de la jornada laboral y las vacaciones periódicas retribuidas.

...La articulación coordinada de ambas previsiones constitucionales debe suponer que las necesarias peculiaridades del modelo de organización de los centros y establecimientos sanitarios no impliquen un detrimento de las exigencias de protección de la seguridad y de la salud laboral de sus trabajadores. Por ello, resulta conveniente regular mediante esta norma legal las condiciones generales que, garantizando el adecuado nivel de protección en lo relativo al tiempo de trabajo y los descansos del personal, garanticen asimismo que los Centros y Establecimientos puedan ofrecer, de forma permanente y continuada, sus servicios a los ciudadanos.

...Tales condiciones generales deben asegurar un régimen común, aplicable con carácter general a los diferentes centros y establecimientos sanitarios, con el fin de garantizar el funcionamiento armónico y homogéneo de todos los Servicios de Salud.

...Entre las características generales que esta Ley señala, cabe citar la fijación de unos límites máximos para la duración de la jornada ordinaria de trabajo, así como para la duración conjunta de ésta y de la jornada complementaria que resulte necesario realizar para atender al funcionamiento permanente de los Centros Sanitarios.

...La Ley señala también los tiempos mínimos de descanso diario y semanal, articulando regímenes de descanso alternativo para los supuestos en los que la necesaria prestación continuada de servicios impida su disfrute en los períodos señalados.

...Esta Ley se completa con la regulación de las situaciones del personal, el régimen disciplinario, las incompatibilidades y los sistemas de representación del personal, de participación y de negociación colectiva en sus Capítulos XI a XIV, con previsiones específicas en relación con situaciones determinadas en sus Disposiciones Adicionales, con las necesarias determinaciones para su progresiva aplicación en las Disposiciones Transitorias, con la derogación de las normas afectadas por su entrada en vigor y con las Disposiciones Finales.

CAPÍTULO I

Normas generales

Artículo 1. Objeto.

Artículo 2. Ámbito de aplicación.

Artículo 3. Normas sobre personal estatutario.

CAPÍTULO II

Clasificación del personal estatutario

Artículo 5. Criterios de clasificación del personal estatutario.

Artículo 6. Personal estatutario sanitario.

Artículo 7. Personal estatutario de Gestión y Servicios.

Artículo 8. Personal estatutario fijo.

Artículo 9. Personal estatutario temporal.

CAPÍTULO III

Planificación y ordenación del personal

Artículo 10. Principios generales.

Artículo 11. Foro Marco para el Diálogo Social.

Artículo 12. Planificación de Recursos Humanos.

Artículo 13. Planes de Ordenación de Recursos Humanos.

Artículo 14. Ordenación del personal estatutario.

Artículo 15. Creación, modificación y supresión de Categorías.

Artículo 16. Registros de Personal.

CAPÍTULO IV

Derechos y deberes

Artículo 17. Derechos individuales.

Artículo 18. Derechos Colectivos.

Artículo 19. Deberes.

CAPÍTULO V

Adquisición y pérdida de la condición de personal estatutario fijo

Artículo 20. Adquisición de la condición de personal estatutario fijo.

Artículo 21. Pérdida de la condición de personal estatutario fijo.

Artículo 22. Renuncia.

Artículo 23. Pérdida de la nacionalidad.

Artículo 24. Sanción de separación del servicio.

Artículo 25. Penas de inhabilitación absoluta o especial.

Artículo 26. Jubilación.

Artículo 27. Incapacidad permanente.

Artículo 28. Recuperación de la condición de personal estatutario fijo.

CAPÍTULO VI

Provisión de plazas, selección y promoción interna

Artículo 29. Criterios generales de provisión.

Artículo 30. Convocatorias de selección y requisitos de participación.

Artículo 31. Sistemas de selección.

Artículo 32. Nombramientos de personal estatutario fijo.

Artículo 33. Selección de personal temporal.

Artículo 34. Promoción interna.

Artículo 35. Promoción interna temporal.

CAPÍTULO VII

Movilidad del personal

Artículo 36. Movilidad por razón del servicio.

Artículo 37. Movilidad voluntaria.

Artículo 38. Coordinación y colaboración en las convocatorias.

Artículo 39. Comisiones de Servicio.

CAPÍTULO VIII

Carrera profesional

Artículo 40. Criterios generales de la carrera profesional.

CAPÍTULO IX

Retribuciones

Artículo 41. Criterios generales.

Artículo 42. Retribuciones básicas.

Artículo 43. Retribuciones complementarias.

Artículo 44. Retribuciones del personal temporal.

Artículo 45. Retribuciones de los aspirantes en prácticas.

CAPÍTULO X Jornada de trabajo, permisos y licencias

Sección Primera

Tiempo de trabajo y régimen de descansos

Artículo 46. Objeto y definiciones.

Artículo 47. Jornada ordinaria de trabajo.

Artículo 48. Jornada complementaria.

Artículo 49. Régimen de jornada especial.

Artículo 50. Pausa en el trabajo.

Artículo 51. Jornada y descanso diarios.

Artículo 52. Descanso semanal.

Artículo 53. Vacaciones Anuales.

Artículo 54. Régimen de descansos alternativos.

Artículo 55. Personal nocturno.

Artículo 56. Personal a turnos.

Artículo 57. Determinación de los períodos de referencia.

Artículo 58. Carácter de los períodos de descanso.

Artículo 59. Medidas especiales en materia de Salud Pública.

Sección Segunda

Jornadas parciales, fiestas y permisos

Artículo 60. Jornada de trabajo a tiempo parcial.

Artículo 61. Régimen de fiestas y permisos.

CAPÍTULO XI

Situaciones del personal estatutario

Artículo 62. Situaciones.

Artículo 63. Servicio activo.

Artículo 64. Servicios especiales.

Artículo 65. Servicios bajo otro régimen jurídico.

Artículo 66. Excedencia por prestar servicios en el sector público.

Artículo 67. Excedencia voluntaria.

Artículo 68. Suspensión de funciones.

Artículo 69. Reingreso al servicio activo.

CAPÍTULO XII

Régimen disciplinario

Artículo 70. Responsabilidad disciplinaria.

Artículo 71. Principios de la potestad disciplinaria.

Artículo 72. Clases y prescripción de las faltas.

Artículo 73. Clases, anotación, prescripción y cancelación de las sanciones.

Artículo 74. Procedimiento disciplinario.

Artículo 75. Medidas provisionales.

CAPÍTULO XIII

Incompatibilidades

Artículo 76. Régimen general.

Artículo 77. Normas específicas.

CAPÍTULO XIV

Representación, participación y negociación colectiva

Artículo 78. Criterios generales.

Artículo 79. Mesas Sectoriales de Negociación.

Artículo 80. Pactos y Acuerdos.

DISPOSICIONES ADICIONALES

Primera. Aplicación de las normas básicas de esta Ley en la Comunidad Foral de Navarra.

Segunda. Jornada y descansos de los Centros del Sistema Nacional de Salud.

Tercera. Acceso a puestos de las Administraciones Públicas.

Cuarta. Nombramientos eméritos.

Quinta. Integraciones de personal.

Sexta. Relaciones del régimen estatutario con otros regímenes de personal de las Administraciones Públicas.

Séptima. Habilitaciones para el ejercicio profesional.

Octava. Servicios de Salud.

Novena. Plazas Vinculadas.

Décima. Aplicación de esta Ley en los servicios administrativos.

Undécima. Instituto Social de la Marina.

Duodécima. Convenios de colaboración en materia de movilidad.

Decimotercera. Red Sanitaria Militar.

Decimocuarta Seguridad Social del personal estatutario con nombramiento a tiempo parcial.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera. Aplicación paulatina de la jornada de trabajo al personal en formación mediante Residencia.

Segunda. Equiparación a los grupos de clasificación de los funcionarios públicos.

Tercera. Personal de Cupo y Zona.

Cuarta. Adaptación al nuevo sistema de situaciones.

Quinta. Convocatorias en tramitación.

Sexta. Aplicación paulatina de esta Ley.

Séptima Régimen transitorio de jubilación.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA

Única. Derogación de normas.

DISPOSICIONES FINALES

Primera. Habilitación competencial.

Segunda. Informes sobre financiación.

Tercera. Entrada en vigor.

4. EL ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Para entender mejor esta Ley se han destacados algunos artículos de la Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales (PRL) y el Real Decreto 39/97 por el que se aprueban el reglamento de los servicios de prevención.

4.1. OBJETO Y CARÁCTER DE LA NORMA

La Ley de PRL tiene por objeto promover la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo.

La Ley 31/1995 establece los principios generales relativos a la prevención de los riesgos profesionales para la protección de la seguridad y de la salud, la eliminación o disminución de los riesgos derivados del trabajo, la información, la consulta, la participación equilibrada y la formación de los trabajadores en materia preventiva, en los términos señalados en la presente disposición.

4.2. DEFINICIONES

Se entenderá por "prevención" el conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo.

Se entenderá como "riesgo laboral" la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. Para calificar un riesgo desde el punto de vista de su gravedad, se valorarán conjuntamente la probabilidad de que se produzca el daño y la severidad del mismo.

Se considerarán como "daños derivados del trabajo" las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo.

Se entenderá como "riesgo laboral grave e inminente" aquel que resulte probable racionalmente que se materialice en un futuro inmediato y pueda suponer un daño grave para la salud de los trabajadores.

En el caso de exposición a agentes susceptibles de causar daños graves a la salud de los trabajadores, se considerará que existe un riesgo grave e inminente cuando sea probable racionalmente que se materialice en un futuro inmediato una exposición a dichos agentes de la que puedan derivarse daños graves para la salud, aun cuando éstos no se manifiesten de forma inmediata.

Se entenderán como procesos, actividades, operaciones, equipos o productos "potencialmente peligrosos" aquellos que, en ausencia de medidas preventivas específicas, originen riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores que los desarrollan o utilizan.

Se entenderá como "equipo de trabajo" cualquier máquina, aparato, instrumento o instalación utilizada en el trabajo.

Se entenderá como "condición de trabajo" cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador. Quedan específicamente incluidas en esta definición:

- Las características generales de los locales, instalaciones, equipos, productos y demás útiles existentes en el centro de trabajo.
- La naturaleza de los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el ambiente de trabajo y sus correspondientes intensidades, concentraciones o niveles de presencia.
- Los procedimientos para la utilización de los agentes citados anteriormente que influyen en la generación de los riesgos mencionados.
- Todas aquellas otras características del trabajo, incluidas las relativas a su organización y ordenación, que influyan en la magnitud de los riesgos a que esté expuesto el trabajador.

Se entenderá por "equipo de protección individual" cualquier equipo destinado a ser llevado o sujetado por el trabajador para que le proteja de uno o varios riesgos

que puedan amenazar su seguridad o su salud en el trabajo, así como cualquier complemento o accesorio destinado a tal fin.

Se entiende por ergonomía la ciencia que estudia el trabajo en relación con el ambiente o entorno donde se lleva a cabo, y busca la manera de que el lugar o puesto de trabajo se adapte al trabajador, en lugar de obligar al trabajador a que se adapte a su puesto de trabajo.

4.3. DERECHO DE PROTECCIÓN FRENTE A LOS RIESGOS LABORALES

En cumplimiento del deber de protección, el empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo.

A estos efectos, en el marco de sus responsabilidades, el empresario realizará la prevención de los riesgos laborales mediante la integración de la actividad preventiva en la empresa y la adopción de cuantas medidas sean necesarias para la protección de la seguridad y la salud de los trabajadores, evaluación de riesgos, información, consulta y participación y formación de los trabajadores, actuación en casos de emergencia y de riesgo grave e inminente, vigilancia de la salud, y mediante la constitución de una organización y de los medios necesarios.

El empresario desarrollará una acción permanente de seguimiento de la actividad preventiva con el fin de perfeccionar de manera continua las actividades de identificación, evaluación y control de los riesgos que no se hayan podido evitar y los niveles de protección existentes y dispondrá lo necesario para la adaptación de las medidas de prevención señaladas en el párrafo anterior a las modificaciones que puedan experimentar las circunstancias que incidan en la realización del trabajo.

4.4. PLAN DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES, EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS Y PLANIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD PREVENTIVA

La prevención de riesgos laborales deberá integrarse en el sistema general de gestión de la empresa, tanto en el conjunto de sus actividades como en todos los niveles jerárquicos de ésta, a través de la implantación y aplicación de un plan de prevención de riesgos laborales.

Este plan de prevención de riesgos laborales deberá incluir la estructura organizativa, las responsabilidades, las funciones, las prácticas, los procedimientos, los procesos y los recursos necesarios para realizar la acción de prevención de riesgos en la empresa, en los términos que reglamentariamente se establezcan.

4.5. REGLAMENTO DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN

La prevención de riesgos laborales, como actuación a desarrollar en el seno de la empresa, deberá integrarse en su sistema general de gestión, comprendiendo tanto al conjunto de las actividades como a todos sus niveles jerárquicos, a través de la implantación y aplicación de un plan de prevención de riesgos laborales.

La integración de la prevención en el conjunto de las actividades de la empresa implica que debe proyectarse en los procesos técnicos, en la organización del trabajo y en las condiciones en que éste se preste.

Su integración en todos los niveles jerárquicos de la empresa implica la atribución a todos ellos, y la asunción por éstos, de la obligación de incluir la prevención de riesgos en cualquier actividad que realicen u ordenen y en todas las decisiones que adopten.

4.6. PLAN DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

El Plan de prevención de riesgos laborales es la herramienta a través de la cual se integra la actividad preventiva de la empresa en su sistema general de gestión y se establece su política de prevención de riesgos laborales.

El Plan de prevención de riesgos laborales debe ser aprobado por la dirección de la empresa, asumido por toda su estructura organizativa, en particular por todos sus niveles jerárquicos, y conocido por todos sus trabajadores.

1. El Plan de prevención de riesgos laborales habrá de reflejarse en un documento que se conservará a disposición de la autoridad laboral, de las autoridades sanitarias y de los representantes de los trabajadores, e incluirá, con la amplitud adecuada a la dimensión y características de la empresa, los siguientes elementos:
 - a) La identificación de la empresa, de su actividad productiva, el número y características de los centros de trabajo y el número de trabajadores y sus características con relevancia en la prevención de riesgos laborales.
 - b) La estructura organizativa de la empresa, identificando las funciones y responsabilidades que asume cada uno de sus niveles jerárquicos y los respectivos cauces de comunicación entre ellos, en relación con la prevención de riesgos laborales.
 - c) La organización de la producción en cuanto a la identificación de los distintos procesos técnicos y las prácticas y los procedimientos organizativos existentes en la empresa, en relación con la prevención de riesgos laborales.
 - d) La organización de la prevención en la empresa, indicando la modalidad preventiva elegida y los órganos de representación existentes.
 - e) La política, los objetivos y metas que en materia preventiva pretende alcanzar la empresa, así como los recursos humanos, técnicos, materiales y económicos de los que va a disponer al efecto.
2. Los instrumentos esenciales para la gestión y aplicación del Plan de prevención de riesgos laborales son la evaluación de riesgos y la planificación de la actividad preventiva, que el empresario deberá realizar en la forma que se determina en el artículo 16 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

4.7. MODALIDADES

1. La organización de los recursos necesarios para el desarrollo de las actividades preventivas se realizará por el empresario con arreglo a alguna de las modalidades siguientes:
 - a) Asumiendo personalmente tal actividad.
 - b) Designando a uno o varios trabajadores para llevarla a cabo.
 - c) Constituyendo un servicio de prevención propio.
 - d) Recurriendo a un servicio de prevención ajeno.
2. Se entenderá por servicio de prevención propio el conjunto de medios humanos y materiales de la empresa necesarios para la realización de las actividades de prevención, y por servicio de prevención ajeno el prestado por una entidad especializada que concierte con la empresa la realización de actividades de prevención, el asesoramiento y apoyo que precise en función de los tipos de riesgos o ambas actuaciones conjuntamente.
3. Los servicios de prevención tendrán carácter interdisciplinario, entendiéndose como tal la conjunción coordinada de dos o más disciplinas técnicas o científicas en materia de prevención de riesgos laborales.

4.8. ASUNCIÓN PERSONAL POR EL EMPRESARIO DE LA ACTIVIDAD PREVENTIVA

1. El empresario podrá desarrollar personalmente la actividad de prevención, con excepción de las actividades relativas a la vigilancia de la salud de los trabajadores, cuando concurren las siguientes circunstancias:
 - a) Que se trate de empresa de menos de diez trabajadores.
 - b) Que las actividades desarrolladas en la empresa no sean especialmente peligrosas (según legislación correspondiente).
 - c) Que desarrolle de forma habitual su actividad profesional en el centro de trabajo.

Que tenga la capacidad correspondiente a las funciones preventivas que va a desarrollar.

4.9. SALUD Y TRABAJO

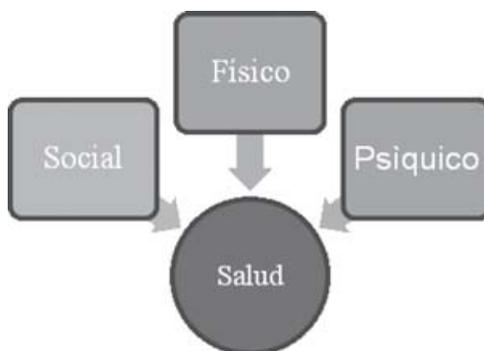
La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como "un completo estado de bienestar en los aspectos físicos, mentales y sociales" y no solamente la ausencia de enfermedad.

Esta definición forma parte de la Declaración de Principios de la OMS desde su

fundación en 1948. En la misma declaración se reconoce que la salud es uno de los derechos fundamentales de los seres humanos, y que lograr el más alto grado de bienestar depende de la cooperación de individuos y naciones y de la aplicación de medidas sociales y sanitarias. Aspectos destacados relacionados con esta definición:

- Igualdad de los conceptos de bienestar y de salud.
- Integración de los aspectos sociales, psíquicos y físicos en un todo armónico.
- Adopción de un marco común para el desarrollo de políticas de salud por parte de los países firmantes.

La salud debe entenderse como un estado que siempre es posible de mejorar y que implica considerar la totalidad de los individuos, relacionados entre sí y con el medio ambiental en que viven y trabajan.



La salud laboral, (según la organización internacional del trabajo/OIT), es aquella cuya finalidad consiste en fomentar y mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental, y social de los trabajadores de todas las profesiones, prevenir todo daño a la salud de éstos por las condiciones de trabajo protegerlos en su empleo contra los riesgos para la salud y colocar y mantener al trabajador en u empleo que convenga a sus aptitudes psicológicas y fisiológicas.

Llegados a este punto definiremos: El trabajo como la actividad social convenientemente organizada que, a través de una serie de recursos de materias diferentes, permite al ser humano alcanzar unos objetivos prefijados y satisfacer unas necesidades determinadas. Es una de las cualidades distintivas del ser humano y surge a raíz de las necesidades de cubrir las tres facetas del ser humano (biológica, personal, y social).

La constante e innovadora mecanización del trabajo, los cambios de ritmo, de producción, los horarios, las tecnologías, aptitudes personales, etc., generan una serie de condiciones que pueden afectar a la salud, son las denominadas Condiciones de trabajo, a las que podemos definir como "el conjunto de variables que definen la realización de una tarea en un entorno determinando la salud del trabajador en función de tres variables: física, psicológica y social".

Según lo dicho ya anteriormente en el artículo 4 de la ley de prevención de riesgos laborales:

“Condición de trabajo” es cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador. Quedan específicamente incluidas en esta definición:

- Las características generales de los locales, instalaciones, equipos, productos y demás útiles existentes en el centro de trabajo.
- La naturaleza de los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el ambiente de trabajo y sus correspondientes intensidades, concentraciones o niveles de presencia.
- Los procedimientos para la utilización de los agentes citados anteriormente que influyan en la generación de los riesgos mencionados.
- Todas aquellas otras características del trabajo, incluidas las relativas a su organización y ordenación, que influyan en la magnitud de los riesgos a que esté expuesto el trabajador.

Las condiciones de trabajo las podemos clasificar en:

| Medio Ambiente | Tareas | Organización |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> •Termoregulación •Iluminación •Ruido •Espacio | <ul style="list-style-type: none"> •Postura •Esfuerzos •Manipulación •Maquinas •Herramientas •Electricidad •Incendios •Contaminantes | <ul style="list-style-type: none"> •Tiempo •Ritmo •Estado de mando •Promoción. |

– **Condiciones de trabajo relacionado con el medioambiente:**

a) *Medioambiente mecánico:*

En este grupo se incluyen todas aquellas condiciones materiales que van a tener una relación directa con la posible producción de accidentes de tipo laboral (los elementos móviles, sometidos a tensión, cortantes, etc.). El control de este tipo de elementos se evitaría con el estudio de máquinas y herramientas, equipos de trabajo, etc.

b) *Medioambiente físico de trabajo:*

En este grupo se incluyen las condiciones físicas como son ruidos, vibraciones, iluminación, condiciones termohigrométricas, radiaciones ionizantes y no ionizantes.

c) *Medioambiente físico y biológico:*

Todos aquellos contaminantes tanto químicos como biológicos que pueden estar presentes en el medio ambiente del trabajo, produciendo tantos efectos negativos para la salud, como provocar molestias, y alterar el desarrollo de las tareas afectando al rendimiento, por lo que es necesario identificarlos, controlarlos, y evaluarlos.

– **Condiciones de trabajo relacionada con la carga de trabajo. Tareas.**

Dentro de este grupo se encuentran todos aquellos aspectos relacionado con las exigencias tanto de tipo físico como mental, que precisa la realización de una determinada tarea, como pueden ser los esfuerzos, posturas de trabajo, movimientos y movimientos repetitivos, manipulación manual de cargas, niveles de atención, niveles de responsabilidad, etc., que puede llegar a determinar cierta carga de trabajo a la persona ya sea física o mental.

– **Condiciones de trabajo relacionadas con la organización del trabajo.**

Aquí se agrupan todos los factores pertenecientes a la organización, como pueden ser distribución de tareas, reparto de funciones y responsabilidades, distribución horaria, velocidad de ejecución, relaciones interpersonales, etc., que pueden llegar a producir unas consecuencias negativas sobre la salud del trabajador, no solo a nivel físico sino también a nivel social y mental.

El trabajo y la salud están interrelacionadas. Con el trabajo intentamos satisfacer una serias de necesidades que van desde la supervivencia hasta el desarrollo profesional, personal y social.

4.10. ANTECEDENTES, ÁMBITOS Y OBJETIVOS

La Ley 31/ 95, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) es la parte del derecho del trabajo que se encarga de asegurar que de la ejecución del trabajo no derivarán daños a la salud de los trabajadores, y encuentra su soporte básico en el mandato constitucional contenido en el artículo 40.2 de nuestra Constitución, y la comunidad jurídica establecida por la Unión Europea en esta materia.

El artículo 40.2, 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 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.

Nuestro país al formar parte de la Unión Europea necesita armonizar nuestra política con la naciente política comunitaria en esta materia, preocupada cada vez más, por el estudio y tratamiento de la prevención de los riesgos derivados del trabajo. Es la Directiva 89/391/ CEE la más significativa y la que se transpone al derecho español, junto a otras importantes directivas como son la de protección a la maternidad o a los jóvenes, relativa a la aplicación de las medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo, conteniendo el marco jurídico general en el que opera la política de prevención comunitaria.

Pero no es sólo del mandato constitucional y de los compromisos internacionales de donde se deriva la exigencia de una nueva regulación. Dimana también, en el orden interno, de una doble necesidad: la de poner término, en primer lugar, a la falta de una visión unitaria en la política de prevención de riesgos laborales propia de la dispersión de la normativa vigente, fruto de la acumulación durante mucho tiempo de normas de muy diverso rango y orientación, muchas de ellas anteriores a la propia Constitución Española; y en segundo lugar, la de actualizar regulaciones ya desfasadas y regular situaciones nuevas no contempladas con anterioridad.

Por todo ello, la LPRL junto con el Reglamento de los Servicios de Prevención (RSP) que la desarrolla y especifica, tiene por objeto la determinación de garantías y responsabilidades para establecer un adecuado nivel de protección de la salud de los trabajadores frente a los riesgos derivados de las condiciones de trabajo.

En este amplio marco, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, nos aporta como novedad su clara apuesta por el "objetivo prevención" que queda claramente asumido en su Art. 2: "La presente Ley tiene por objeto promover la seguridad y salud de los trabajadores/as mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo". Es la primera vez que en la legislación española se pone con tanto énfasis el acento en el objetivo de prevención y de promoción de la salud, dejando de lado finalidades que poco tienen que ver con al protección de la salud de los trabajadores (recuperación e indemnización de daños).

Otro cambio de gran calado que propicia la Ley es la inclusión en su ámbito de aplicación de todo el personal al servicio de las administraciones públicas, tanto los trabajadores vinculados por una relación laboral, como el personal civil con una relación de carácter administrativo o estatutario al servicio de las Administraciones Públicas. De este modo un millón de trabajadores que recibían una protección muy deficiente en salud laboral antes de la entrada en vigor de esta ley, ven su situación homologada a la de los demás trabajadores/ as (art.3).

Con ello se confirma la vocación de universalidad de la Ley, en cuanto dirigida a abordar, de manera global y coherente, el conjunto de problemas derivados de los riesgos relacionados con el trabajo, cualquiera que sea el ámbito en el que el trabajo se preste.

4.11. LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: CAPÍTULOS

La Ley de PRL tiene por objeto promover la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo.

CAPITULO I

Objeto, ámbito de aplicación y definiciones

- Artículo 1. Normativa sobre prevención de riesgos laborales.
- Artículo 2. Objeto y carácter de la norma.
- Artículo 3. Ámbito de aplicación.
- Artículo 4. Definiciones.

CAPITULO II

Política en materia de prevención de riesgos para proteger la seguridad y la salud en el trabajo

Artículo 5. Objetivos de la política.

Artículo 6. Normas reglamentarias.

Artículo 7. Actuaciones de las Administraciones públicas competentes en materia laboral.

Artículo 8. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Artículo 9. Inspección de Trabajo y Seguridad Social.

Artículo 10. Actuaciones de las Administraciones públicas competentes en materia sanitaria.

Artículo 11. Coordinación administrativa.

Artículo 12. Participación de empresarios y trabajadores.

Artículo 13. Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CAPITULO III

Derechos y obligaciones

Artículo 14. Derecho a la protección frente a los riesgos laborales.

Artículo 15. Principios de la acción preventiva.

Artículo 16. Plan de prevención de riesgos laborales, evaluación de los riesgos y planificación de la actividad preventiva.

Artículo 17. Equipos de trabajo y medios de protección.

Artículo 18. Información, consulta y participación de los trabajadores.

Artículo 19. Formación de los trabajadores.

Artículo 20. Medidas de emergencia.

Artículo 21. Riesgo grave e inminente.

Artículo 22. Vigilancia de la salud.

Artículo 23. Documentación.

Artículo 24. Coordinación de actividades empresariales.

Artículo 25. Protección de trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos.

Artículo 26. Protección de la maternidad.

Artículo 27. Protección de los menores.

Artículo 28. Relaciones de trabajo temporales, de duración determinada y en empresas de trabajo temporal.

Artículo 29. Obligaciones de los trabajadores en materia de prevención de riesgos.

CAPITULO IV

Servicios de prevención

Artículo 30. Protección y prevención de riesgos profesionales.

Artículo 31. Servicios de prevención.

Artículo 32. Actuación preventiva de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Artículo 32.bis. Presencia de los recursos preventivos.

CAPITULO V

Consulta y participación de los trabajadores

Artículo 33. Consulta de los trabajadores.

Artículo 34. Derechos de participación y representación.

Artículo 35. Delegados de Prevención.

Artículo 36. Competencias y facultades de los Delegados de Prevención.

Artículo 37. Garantías y sigilo profesional de los Delegados de Prevención.

Artículo 38. Comité de Seguridad y Salud.

Artículo 39. Competencias y facultades del Comité de Seguridad y Salud.

Artículo 40. Colaboración con la Inspección de Trabajo y Seguridad Social.

CAPITULO VI

Obligaciones de los fabricantes, importadores y suministradores

Artículo 41. Obligaciones de los fabricantes, importadores y suministradores.

CAPITULO VII

Responsabilidades y sanciones

Artículo 42. Responsabilidades y su compatibilidad.

Artículo 43. Requerimientos de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social.

Artículo 44. Paralización de trabajos.

Artículo 45. Infracciones administrativas.

Artículo 53. Suspensión o cierre del centro de trabajo.

Artículo 54. Limitaciones a la facultad de contratar con la Administración.

DISPOSICIONES ADICIONALES

Primera. Definiciones a efectos de Seguridad Social

Segunda. Reordenación orgánica

Tercera. Carácter básico

Disposición adicional cuarta. Designación de Delegados de Prevención en supuestos especiales.

Cuarta. Designación de Delegados de Prevención en supuestos especiales

Quinta. Fundación

Sexta. Constitución de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo

Séptima. Cumplimiento de la normativa de transporte de mercancías peligrosas

Octava. Planes de organización de actividades preventivas

Novena. Establecimientos militares

Décima. Sociedades cooperativas

Undécima. Modificación del Estatuto de los Trabajadores en materia de permisos retribuidos

Duodécima. Participación institucional en las Comunidades Autónomas

Decimotercera. Fondo de Prevención y Rehabilitación

Decimocuarta. Presencia de recursos preventivos en las obras de construcción

Decimoquinta. Habilitación de funcionarios públicos

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera. Aplicación de disposiciones más favorables
Segunda.

DISPOSICION DEROGATORIA

Única. Alcance de la derogación

DISPOSICIONES FINALES

Primera. Actualización de sanciones
Segunda. Entrada en vigor

5. LEY AUTONOMÍA DEL PACIENTE

5.1. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La importancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales se pone de manifiesto al constatar el interés que han demostrado por los mismos casi todas las organizaciones internacionales con competencia en la materia. Ya desde el fin de la Segunda Guerra Mundial, organizaciones como Naciones Unidas, UNESCO o la Organización Mundial de la Salud, o, más recientemente, la Unión Europea o el Consejo de Europa, entre muchas otras, han impulsado declaraciones o, en algún caso, han promulgado normas jurídicas sobre aspectos genéricos o específicos relacionados con esta cuestión.

En este sentido, es necesario mencionar la trascendencia de la Declaración universal de derechos humanos, del año 1948, que ha sido el punto de referencia obligado para todos los textos constitucionales promulgados posteriormente o, en el ámbito más estrictamente sanitario, la Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa, promovida el año 1994 por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, aparte de múltiples declaraciones internacionales de mayor o menor alcance e influencia que se han referido a dichas cuestiones.

Últimamente, cabe subrayar la relevancia especial del Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina), suscrito el día 4 de abril de 1997, el cual ha entrado en vigor en el Reino de España el 1 de enero de 2000. Dicho Convenio es una iniciativa capital: en efecto, a diferencia de las distintas declaraciones internacionales que lo han precedido, es el primer instrumento internacional con carácter jurídico vinculante para los países que lo suscriben.

Su especial valía reside en el hecho de que establece un marco común para la protección de los derechos humanos y la dignidad humana en la aplicación de la biología y la medicina.

El Convenio trata explícitamente, con detenimiento y extensión, sobre la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes, entre los cuales resaltan el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas, persiguiendo el alcance de una armonización de las legislaciones de los diversos países en estas materias ; en este sentido, es absolutamente conveniente tener en cuenta el Convenio en el momento de abordar el reto de regular cuestiones tan importantes.

Es preciso decir, sin embargo, que la regulación del derecho a la protección de la salud, recogido por el artículo 43 de la Constitución de 1978, desde el punto de vista de las cuestiones más estrechamente vinculadas a la condición de sujetos de derechos de las personas usuarias de los servicios sanitarios, es decir, la plasmación de los derechos relativos a la información clínica y la autonomía individual de los pacientes en lo relativo a su salud, ha sido objeto de una regulación básica en el ámbito del Estado, a través de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

De otra parte, esta Ley, a pesar de que fija básicamente su atención en el establecimiento y ordenación del sistema sanitario desde un punto de vista organizativo, dedica a esta cuestión diversas previsiones, entre las que destaca la voluntad de humanización de los servicios sanitarios.

Así mantiene el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual, de un lado, y, del otro, declara que la organización sanitaria debe permitir garantizar la salud como derecho inalienable de la población mediante la estructura del Sistema Nacional de Salud, que debe asegurarse en condiciones de escrupuloso respeto a la intimidad personal y a la libertad individual del usuario, garantizando la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se prestan y sin ningún tipo de discriminación.

A partir de dichas premisas, la presente Ley completa las previsiones que La Ley General de Sanidad enunció como principios generales.

En este sentido, refuerza y da un trato especial al derecho a la autonomía del paciente. En particular, merece mención especial la regulación sobre instrucciones previas que contempla, de acuerdo con el criterio establecido en el Convenio de Oviedo, los deseos del paciente expresado con anterioridad dentro del ámbito del consentimiento informado. Asimismo, La Ley trata con profundidad todo lo referente a la documentación clínica generada en los centros asistenciales, subrayando especialmente la consideración y la concreción de los derechos de los usuarios en este aspecto.

En septiembre de 1997, en desarrollo de un convenio de colaboración entre el Consejo General del Poder Judicial y el Ministerio de Sanidad y Consumo, tuvo lugar un seminario conjunto sobre información y documentación clínica, en el que se debatieron los principales aspectos normativos y judiciales en la materia.

Al mismo tiempo, se constituyó un grupo de expertos a quienes se encargó la elaboración de unas directrices para el desarrollo futuro de este tema. Este grupo suscribió un dictamen el 26 de noviembre de 1997, que ha sido tenido en cuenta en la elaboración de los principios fundamentales de esta Ley.

La atención que a estas materias otorgó en su día la Ley General de Sanidad supuso

un notable avance como reflejan, entre otros, sus artículos 9, 10 y 61. Sin embargo, el derecho a la información, como derecho del ciudadano cuando demanda la atención sanitaria, ha sido objeto en los últimos años de diversas matizaciones y ampliaciones por Leyes y disposiciones de distinto tipo y rango, que ponen de manifiesto la necesidad de una reforma y actualización de la normativa contenida en la Ley General de Sanidad. Así, la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, califica a los datos relativos a la salud de los ciudadanos como datos especialmente protegidos, estableciendo un régimen singularmente riguroso para su obtención, custodia y eventual cesión.

Esta defensa de la confidencialidad había sido ya defendida por la Directiva comunitaria 95/46, de 24 de octubre, en la que, además de reafirmarse la defensa de los derechos y libertades de los ciudadanos europeos, en especial de su intimidad relativa a la información relacionada con su salud, se apunta la presencia de otros intereses generales como los estudios epidemiológicos, las situaciones de riesgo grave para la salud de la colectividad, la investigación y los ensayos clínicos que, cuando estén incluidos en normas de rango de Ley, pueden justificar una excepción motivada a los derechos del paciente.

Se manifiesta así una concepción comunitaria del derecho a la salud, en la que, junto al interés singular de cada individuo, como destinatario por excelencia de la información relativa a la salud, aparecen también otros agentes y bienes jurídicos referidos a la salud pública, que deben ser considerados, con la relevancia necesaria, en una sociedad democrática avanzada. En esta línea, el Consejo de Europa, en su recomendación de 13 de febrero de 1997, relativa a la protección de los datos médicos, después de afirmar que deben recogerse y procesarse con el consentimiento del afectado, indica que la información puede restringirse si así lo dispone una Ley y constituye una medida necesaria por razones de interés general.

Todas estas circunstancias aconsejan una adaptación de la Ley General de Sanidad con el objetivo de aclarar la situación jurídica y los derechos y obligaciones de los profesionales sanitarios, de los ciudadanos y de las instituciones sanitarias.

Se trata de ofrecer en el terreno de la información y la documentación clínicas las mismas garantías a todos los ciudadanos del Estado, fortaleciendo con ello el derecho a la protección de la salud que reconoce la Constitución.

5.2. CAPÍTULOS.

CAPÍTULO I

Principios generales

Artículo 1. Ámbito de aplicación.

Artículo 2. Principios básicos.

Artículo 3. Las definiciones legales.

CAPÍTULO II

El derecho de información sanitaria

- Artículo 4. Derecho a la información asistencial.
- Artículo 5. Titular del derecho a la información asistencial.
- Artículo 6. Derecho a la información epidemiológica.

CAPÍTULO III

Derecho a la intimidad

- Artículo 7. El derecho a la intimidad.

CAPÍTULO IV

El respeto de la autonomía del paciente

- Artículo 8. Consentimiento informado.
- Artículo 9. Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación.
- Artículo 10. Condiciones de la información y consentimiento por escrito.
- Artículo 11. Instrucciones previas.
- Artículo 12. Información en el Sistema Nacional de Salud.
- Artículo 13. Derecho a la información para la elección de médico y de centro.

CAPÍTULO V

La historia clínica

- Artículo 14. Definición y archivo de la historia clínica.
- Artículo 15. Contenido de la historia clínica de cada paciente.
- Artículo 16. Usos de la historia clínica.
- Artículo 17. La conservación de la documentación clínica.
- Artículo 18. Derechos de acceso a la historia clínica.
- Artículo 19. Derechos relacionados con la custodia de la historia clínica.

CAPÍTULO VI

Informe de alta y otra documentación clínica

- Artículo 20. Informe de alta.
- Artículo 21. El alta del paciente.
- Artículo 22. Emisión de certificados médicos.
- Artículo 23. Obligaciones profesionales de información técnica, estadística y administrativa.
- Disposición adicional primera. Carácter de legislación básica.
- Disposición adicional segunda. Aplicación supletoria.
- Disposición adicional tercera. Coordinación de las historias clínicas.
- Disposición adicional cuarta. Necesidades asociadas a la discapacidad.
- Disposición adicional quinta. Información y documentación sobre medicamentos y productos sanitarios.
- Disposición adicional sexta. Régimen sancionador.
- Disposición transitoria única. Informe de alta.
- Disposición derogatoria única. Derogación general y de preceptos concretos.
- Disposición final única. Entrada en vigor.

UNIDAD DIDÁCTICA 1: LA FUNCIÓN AUXILIAR DE ENFERMERÍA. ASPECTOS GENERALES

Autores:

*Pilar Cuevas Matas
Antonio Benítez Leiva*

BLOQUE PROFESIONAL

1. EL TRABAJO EN EQUIPO

- 1.1. ¿QUÉ ES TRABAJAR EN EQUIPO
- 1.2. DIFERENCIAS ENTRE EQUIPO DE TRABAJO Y GRUPO DE TRABAJO
- 1.3. JUSTIFICACIÓN DE UN EQUIPO DE TRABAJO
- 1.4. PUESTA EN MARCHA DE UN EQUIPO DE TRABAJO
- 1.5. MIEMBRO IDEAL DE UN EQUIPO DE TRABAJO
- 1.6. DELEGACIÓN DE COMPETENCIAS
- 1.7. COHESIÓN DEL EQUIPO
 - 1.7.1. LA COHESIÓN DE UN EQUIPO DEPENDE DE MUCHOS FACTORES
- 1.8. REUNIONES
- 1.9. TOMA DE DECISIONES
- 1.10. PENSAMIENTO DE EQUIPO
- 1.11. DIFICULTADES
- 1.12. CONFLICTOS
- 1.13. MOTIVACIÓN
- 1.14. AUTONOMÍA
- 1.15. FORMARSE
- 1.16. EVALUACIÓN DEL EQUIPO
- 1.17. RECOMPENSAS
- 1.18. EQUIPO EFICAZ
- 1.19. EQUIPO QUE NO FUNCIONA
- 1.20. AGENDAS OCULTAS
- 1.21. EL PLAN DE TRABAJO
- 1.22. NORMAS Y PROCEDIMIENTOS
- 1.23. LOS RESPONSABLES INMEDIATOS

- 1.23.1. FUNCIONES DE LOS RESPONSABLES INMEDIATOS
- 1.23.2. FUNCIÓN ADMINISTRATIVA
- 1.23.3. FUNCIÓN DE INFORMACIÓN
- 1.24. ADMINISTRACIÓN DEL TIEMPO

2. HABILIDADES PARA LA COMUNICACIÓN

- 2.1. INTRODUCCIÓN
- 2.2. ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN
- 2.3. TIPOS DE COMUNICACIÓN
 - 2.3.1. FUNCIONES DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL
- 2.4. ASPECTOS QUE MEJORAN LA COMUNICACIÓN
- 2.5. LA EMPATÍA

3. LOS ESTILOS DE COMUNICACIÓN

- 3.1. LOS ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN Y LAS BARRERAS
- 3.2. FENÓMENOS PSICOLÓGICOS Y EMOTIVOS QUE DISTORSIONAN LA COMUNICACIÓN
- 3.3. FENÓMENOS FÓRMULAS PARA VENCER LAS BARRERAS
- 3.4. COMUNICACIÓN NO VERBAL - POSTURAS Y GESTOS
- 3.5. LA CONVERSACIÓN Y SUS ELEMENTOS
 - 3.5.1. COMPONENTES PRINCIPALES DE UNA CONVERSACIÓN
 - 3.5.2. REGLAS DORADAS DE LA CONVERSACIÓN
- 3.6. MENSAJES QUE FACILITAN Y OBSTRUYEN EL DIÁLOGO
- 3.7. LA ARGUMENTACIÓN
 - 3.7.1. CARACTERÍSTICAS DE LA ARGUMENTACIÓN
 - 3.7.2. DESARROLLO DE LA ARGUMENTACIÓN
 - 3.7.3. PRESENTACIÓN DE UN TEMA O PROYECTO
 - 3.7.4. PRESENTACIÓN DE UN ASUNTO O PLANTEAMIENTO DE UNA CUESTIÓN
- 3.8. REUNIONES
 - 3.8.1. FINALIDADES Y PROBLEMAS FRECUENTES
 - 3.8.2. PROBLEMAS HABITUALES EN LAS REUNIONES
 - 3.8.3. PREPARACIÓN DE REUNIONES
 - 3.8.3.1. PRESENTACIONES ORALES
- 3.9. DISTINTOS ESTILOS DE COMUNICACIÓN

- 3.9.1. ESTILO AGRESIVO DE COMUNICACIÓN
- 3.9.2. ESTILO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS
- 3.9.3. ESTILO PASIVO DE COMUNICACIÓN
- 3.9.4. ESTILO ASERTIVO DE COMUNICACIÓN

4. EL ESTRÉS

- 4.1. ANSIEDAD Y ESTRÉS
- 4.2. DISTINTOS ENFOQUES EN EL ESTUDIO DEL ESTRÉS
 - 4.2.1. EL ESTRÉS COMO ESTÍMULO
 - 4.2.2. EL ESTRÉS COMO RESPUESTA
 - 4.2.3. EL ESTRÉS COMO INTERACCIÓN
- 4.3. ESTRÉS LABORAL
 - 4.3.1. SÍNTOMAS QUE PUEDE PROVOCAR EL ESTRÉS LABORAL
 - 4.3.2. CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS LABORAL
 - 4.3.3. EPIDEMIOLOGÍA Y COSTES DEL ESTRÉS LABORAL
 - 4.3.4. FACTORES PSICOSOCIALES QUE INCIDEN EN EL ESTRÉS LABORAL
- 4.4. NORMAS BÁSICAS PARA LA PREVENCIÓN DE PROBLEMAS DE ANSIEDAD Y ESTRÉS

5. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA BIOÉTICA.

- 5.1. PRINCIPIO DE NO-MALEFICENCIA/BENEFICENCIA
- 5.2. PRINCIPIO DE AUTONOMÍA
- 5.3. PRINCIPIO DE JUSTICIA
- 5.4. LOS DILEMAS ÉTICOS

6. EL SECRETO PROFESIONAL: CONCEPTO Y REGULACIÓN JURÍDICA. ARTICULO 199 DEL CÓDIGO PENAL.

- 6.1. CONCEPTO DE SECRETO PROFESIONAL.
- 6.2. OBJETO DEL SECRETO PROFESIONAL
- 6.3. LA CONFIDENCIALIDAD EN EL SECRETO PROFESIONAL
- 6.4. REGULACIÓN JURÍDICA DEL SECRETO PROFESIONAL

1. EL TRABAJO EN EQUIPO

1.1. ¿QUÉ ES TRABAJAR EN EQUIPO?

El trabajo en equipo implica un grupo de personas trabajando de manera coordinada en la ejecución de un proyecto. El equipo responde del resultado final y no cada uno de sus miembros de forma independiente. Cada miembro está especializado en un área determinada que afecta al proyecto.

Cada miembro del equipo es responsable de un cometido y sólo si todos ellos cumplen su función será posible sacar el proyecto adelante. El trabajo en equipo no es simplemente la suma de aportaciones individuales.

Un grupo de personas trabajando juntas en la misma materia, pero sin ninguna coordinación entre ellos, en la que cada uno realiza su trabajo de forma individual y sin que le afecte el trabajo del resto de compañeros, no forma un equipo.

El trabajo en equipo se basa en las "5 c":

Complementariedad: cada miembro domina una parcela determinada del proyecto. Todos estos conocimientos son necesarios para sacar el trabajo adelante.

Coordinación: el grupo de profesionales, con un líder a la cabeza, debe actuar de forma organizada con vista a sacar el proyecto adelante.

Comunicación: el trabajo en equipo exige una comunicación abierta entre todos sus miembros, esencial para poder coordinar las distintas actuaciones individuales. El equipo funciona como una maquinaria con diversos engranajes; todos deben funcionar a la perfección, si uno falla el equipo fracasa.

Confianza: cada persona confía en el buen hacer del resto de sus compañeros. Esta confianza le lleva a aceptar anteponer el éxito del equipo al propio lucimiento personal. Cada miembro trata de aportar lo mejor de si mismo, no buscando destacar entre sus compañeros sino porque confía en que estos harán lo mismo; sabe que éste es el único modo de que el equipo pueda lograr su objetivo.

Compromiso: cada miembro se compromete a aportar lo mejor de si mismo, a poner todo su empeño en sacar el trabajo adelante.

El equipo responde de los resultados obtenidos pero goza de libertad para organizarse como considere más conveniente. Dentro de ciertos márgenes el equipo tomará sus propias decisiones sin tener que estar permanentemente solicitando autorización a los estamentos superiores.

1.2. DIFERENCIAS ENTRE EQUIPO DE TRABAJO Y GRUPO DE TRABAJO

Aunque ya se mencionaron algunas diferencias entre grupo de trabajo y equipo de trabajo vamos a tratar ahora de precisarlas:

Grupo de trabajo es un conjunto de personas que realizan dentro de una organización una labor similar.

Suelen estar próximas físicamente, tienen un mismo jefe, realizan el mismo tipo de trabajo pero son autónomos, no dependen del trabajo de sus compañeros: cada uno realiza su trabajo y responde individualmente del mismo. Las diferencias entre equipo de trabajo y grupo de trabajo son importantes:

El equipo de trabajo responde en su conjunto del trabajo realizado mientras que en el grupo de trabajo cada persona responde individualmente.

En el grupo de trabajo sus miembros tienen formación similar y realizan el mismo tipo de trabajo (no son complementarios). En el equipo de trabajo cada miembro domina una faceta determinada y realiza una parte concreta del proyecto (sí son complementarios).

En el grupo de trabajo cada persona puede tener una manera particular de funcionar, mientras que en el equipo es necesaria la coordinación, lo que va a exigir establecer unos estándares comunes de actuación (rapidez de respuesta, eficacia, precisión, dedicación, etc.).

En el equipo de trabajo es fundamental la cohesión, hay una estrecha colaboración entre sus miembros. Esto no tiene por qué ocurrir en el grupo de trabajo.

El grupo de trabajo se estructura por niveles jerárquicos. En el equipo de trabajo en cambio las jerarquías se diluyen: hay un jefe de equipo con una serie de colaboradores, elegidos en función de sus conocimientos, que funcionan dentro del equipo en pie de igualdad aunque sus categorías laborales puedan ser muy diferentes.

1.3. JUSTIFICACIÓN DE UN EQUIPO DE TRABAJO

No todas las actividades justifican la formación de un equipo de trabajo.

Otras actividades en cambio presentan tal nivel de complejidad que difícilmente va a ser posible que una persona abarque y domine toda su problemática. En estos casos sí sería necesario constituir un equipo de trabajo formado por especialistas que cubran todas las áreas afectadas.

Como condiciones principales para justificar la constitución de un equipo de trabajo podemos señalar las siguientes: Trabajo muy complejo, que afecta a distintas especialidades profesionales. Entidad organizada por especialidades.

En definitiva, y como corolario, nunca se debe constituir un equipo de trabajo si no hay razones que lo justifiquen.

Constituir y hacer funcionar un equipo de trabajo es una labor compleja que exige mucho esfuerzo, por ello debe haber una razón que lo justifique.

No vale recurrir al equipo de trabajo simplemente porque es la moda del momento en técnicas de dirección de empresas.

Por el contrario, tampoco se puede renunciar a formar un equipo de trabajo simplemente porque nunca se ha trabajado de esa manera, porque históricamente ha predominado el trabajo individual y la organización ha ido bien. Siempre hay una primera vez y no hay por qué renunciar a nuevos sistemas de trabajo si estos resultan eficaces.

1.4. PUESTA EN MARCHA DE UN EQUIPO DE TRABAJO

La puesta en marcha de un equipo de trabajo es un proceso complejo que pasa por diferentes fases.

El equipo exige mucho más: coordinación, comunicación entre sus miembros, complementariedad, lealtad hacia el equipo, etc.

En primer lugar hay que definir con claridad cuales van a ser sus cometidos y cuales los objetivos que deberá alcanzar. Hay que tener muy claro que la tarea encomendada debe justificar la formación de un equipo de trabajo.

1º.- Definir Objetivos

Sólo se deben formar equipos cuando haya razones de peso, si no será una pérdida de tiempo y de esfuerzo. Hay que determinar su posición dentro de la organización. De quién va a depender, cuáles van a ser sus relaciones con el resto de las áreas.

Hay que seleccionar a sus miembros. En función de la tarea asignada hay que buscar a personas con capacidades y experiencia suficiente para cubrir adecuadamente las distintas facetas del trabajo encomendado.

2º.- Seleccionar a sus miembros

Hay que seleccionar personas con capacidad para trabajar en equipo evitando individualistas. Es preferible además que tengan personalidades diferentes ya que ello enriquece al equipo: unos más extrovertidos que otros; unos apasionados y otros reflexivos; unos generalistas y otros más detallistas, etc.

Aunque pueda parecer que la diversidad puede complicar la gestión del equipo, lo que sí es cierto es que contribuye a su enriquecimiento (cada persona aporta unas cualidades diferentes).

Entre los miembros seleccionados se nombrará un jefe del equipo en base a su mayor experiencia, a su visión más completa del trabajo asignado, a su capacidad de conducir grupos, etc.

3º.- Nombrar un jefe del equipo

Al equipo hay que comunicarle con claridad el proyecto asignado, el plazo previsto de ejecución, los objetivos a alcanzar, cómo se les va a evaluar y como puede afectar a la

remuneración de sus miembros. Ya dentro del equipo, el jefe les informará de cómo se van a organizar, cual va a ser el cometido de cada uno, sus áreas de responsabilidad, con qué nivel de autonomía van a funcionar, etc.

Una vez constituido el equipo, el jefe los reunirá antes de comenzar propiamente el trabajo con vista a que sus miembros se vayan conociendo, que comience a establecerse una relación personal entre ellos. No se trata de que tengan que ser íntimos amigos pero al menos que se conozcan, que tengan confianza, que exista una relación cordial.

Es conveniente fomentar el espíritu de equipo, el sentirse orgulloso de pertenecer al mismo. No se trata de fomentar un sentimiento de división entre "nosotros" (los miembros del equipo) y "ellos" (el resto de la organización), pero sí un sentimiento de unidad, de cohesión.

4º.- Fomentar el espíritu de equipo

El equipo no puede funcionar de espaldas a la organización como una unidad atípica, extraña. Muy al contrario, debe estar plenamente integrada en la misma. No puede funcionar de espaldas a la organización

Inicio: predomina el optimismo, los miembros se sienten ilusionados con el proyecto que se les ha encomendado; se conocen poco pero las relaciones son cordiales, todos ponen de su parte para evitar conflictos.

Primeras dificultades: el trabajo se complica y surgen las primeras dificultades lo que origina tensión y roces entre sus miembros; las diferencias de carácter y personalidad asoman.

Acoplamiento: los miembros son conscientes de que están obligados a entenderse si quieren sacar el proyecto adelante. Esto les obliga a tratar de superar los enfrentamientos personales. Por otra parte, los miembros ven que, aunque con dificultades, el proyecto va avanzando lo que permite recuperar cierto optimismo.

Madurez: el equipo está acoplado, controla el trabajo y sus miembros han aprendido a trabajar juntos (conocen los puntos débiles de sus compañeros y evitan herir sensibilidades). El equipo entra en una fase muy productiva.

Agotamiento: buena parte del proyecto ya está realizado, quedan flecos menores y los miembros del equipo comienzan a perder ilusión en el mismo. El rendimiento puede volver a caer y es posible que vuelvan a surgir rivalidades. Llega el momento de ir cerrando el proyecto e ir liquidando el equipo, quedando únicamente aquellas personas necesarias para rematar el trabajo.

Conociendo este desarrollo, es conveniente al principio no presionar al equipo en exceso, darle tiempo para que se vaya rodando. Un equipo que empieza funcionando bien tiene más probabilidades de tener éxito.

Por el contrario, un equipo que comienza con problemas y tensiones es muy posible que entre en una espiral negativa de la que difícilmente salga. Además, para muchas personas trabajar en equipo resulta una experiencia novedosa, diferente de su forma habitual de funcionar, por lo que hay que darles tiempo.

5º.- Definición del proyecto

El equipo tiene que tener muy claro cuál va a ser su función, qué objetivos se le demandan. Estos deben ser: Motivadores, atractivos, que impliquen un desafío. Exigentes pero alcanzables.

El equipo debe disponer de los medios necesarios (técnicos y humanos) para desarrollar eficazmente la tarea encomendada. No se le puede asignar a un equipo un cometido y no proveerle de los medios necesarios.

Si el equipo detecta que necesita algún apoyo adicional debería ponerlo inmediatamente en conocimiento de la organización con vista a cubrir esta carencia lo antes posible y que su desempeño no se vea afectado.

Los plazos asignados a los proyectos suelen ser muy exigentes pero salvo que el asunto realmente lo requiera no se debe caer por sistema en situaciones absurdas.

No se puede "quemar" a los miembros del equipo salvo que sea absolutamente necesario y en este caso se les deberá compensar debidamente. Cuando se trata de un proyecto a largo plazo es conveniente fijar metas intermedias para que el equipo sienta la inmediatez y luche por alcanzar estos objetivos a corto plazo. Con ello se evita por una parte que el largo plazo pueda hacer que el equipo se confíe ("como tenemos tanto tiempo...").

Además el poder alcanzar unas metas, aunque sean menores, contribuye a aumentar enormemente su motivación al ver como avanza en la dirección correcta. Es fundamental también comunicar al equipo cuales son aquellos indicadores se van a considerar para evaluar su desempeño. Con ello se busca que el equipo sepa cuales son los aspectos críticos del proyecto. ¿Qué es lo principal? cumplir los plazos, no desviarse de los costes estimados, la calidad del trabajo, etc.

Se trata de evitar que el equipo centre sus esfuerzos en un aspecto determinado (por ejemplo, cumplir los plazos) cuando lo realmente importante sea otro (por ejemplo, no desviarse del presupuesto).

Periódicamente la organización debe realizar una valoración del desempeño del equipo con vista a detectar aquellos posibles puntos débiles que convenga corregir lo antes posible

6º.- Identificar Roles dentro del equipo

Dentro de un equipo de trabajo es fácil encontrar unos roles muy característicos, algunos positivos para el desempeño del equipo, mientras que otros pueden resultar muy negativos. Entre ellos se encuentran:

La persona positiva: empuja hacia delante, busca el éxito del equipo y se involucra decididamente en el proyecto; contagia su entusiasmo al resto de los compañeros. El jefe debe reconocer públicamente su labor, buscando que cunda su ejemplo.

El crítico: es una persona destructiva, todo le parece mal pero no aporta soluciones; los compañeros son unos inútiles a diferencia de él que es perfecto. Es una persona que deteriora el ambiente de trabajo. Si sobrepasa cierto límite el jefe tendrá que darle un toque de atención.

El discutidor: no está de acuerdo con nada, siempre defiende otra tesis. Es una persona pesada pero sin ánimo destructivo, a diferencia del anterior. Es un inconformista permanente y aunque busca el bien del equipo sólo consigue sacar a la gente de quicio. Hay que animarle a que piense en positivo, a que aporte soluciones prácticas.

El incordio: es inoportuno, siempre con un comentario desafortunado en el momento menos adecuado, molestando a los compañeros. Aunque se hace muy pesado no tiene ánimo destructivo. Al igual que al crítico, si sobrepasa cierto límite el jefe le tendrá que llamar la atención.

El bocazas: nunca está callado, discute aunque no entienda del tema, dificulta y alarga las reuniones, interrumpe permanentemente, impide que la gente se centre en la tarea. En las reuniones no se pueden tolerar sus interrupciones. Si hace falta se le llamará al orden.

El listillo: él lo sabe todo y de hecho suele tener un nivel de preparación por encima de la media, si bien un tipo de conocimiento muy superficial, muy poco sólido. A veces sus aportaciones resultan oportunas, pero la mayoría de las veces resultan insufribles. Habrá que animarle a que profundice en algunas de sus consideraciones válidas.

El pícaro: se aprovecha del resto de los compañeros, es una rémora en el equipo, pero lo hace de manera sutil, por lo que sus compañeros apenas se percatan. Su aportación al equipo es nula y suele terminar deteriorando el ambiente de trabajo. Es preferible cortar por lo sano: darle un toque de atención enérgico y si no reacciona apartarlo del equipo.

El cuadrulado: tiene unos esquemas mentales muy consolidados de los que resulta muy difícil moverle. No dispone de la flexibilidad necesaria para aceptar o al menos considerar otros planteamientos. Suele ser una persona entregada al equipo que requiere paciencia y persuasión.

El reservado: le cuesta participar o simplemente no participa y en muchos casos a pesar de dominar la materia. Necesita un primer empujón del resto de sus compañeros, especialmente del jefe, para lanzarse. Si consigue romper esa barrera inicial puede ser un gran activo para el equipo, si no su aportación será muy reducida. Hay que animarle desde un principio a que participe en los debates.

El gracioso: no suele faltar en los equipos. Sus aportaciones profesionales suelen ser muy discretas pero en cambio cumple un papel fundamental: relaja el ambiente, quita tensión, crea una atmósfera más cálida, lo que puede contribuir a una mayor cohesión del equipo. A veces puede llegar a ser un poco incordio. Hay que dejarle cierto margen, pero señalándole también unos límites.

El organizador: Es clave dentro del equipo, siempre preocupado porque las cosas funcionen, que se vaya avanzando, que se vayan superando las dificultades, que no se pierda el tiempo. Contar con él, consultarle, realizar su papel (es un auténtico activo para el equipo).

El subempleadao: tiene asignado unos cometidos muy por debajo de sus capacidades. Termina por aburrirse y perder interés. Hay que buscarle nuevas responsabilidades. Son personas valiosas que no hay que dejar marchar.

El incompetente: justo lo opuesto del anterior; los cometidos asignados superan claramente sus capacidades. Por no reconocer sus limitaciones irá asumiendo nuevas responsabilidades que no sabrá atender, lo que terminara generando ineficiencias. Hay que apoyarle con otros compañeros y en todo caso tener muy claro cuales su techo de competencia que no hay que traspasar

1.5. MIEMBRO IDEAL DE UN EQUIPO DE TRABAJO

Señalamos a continuación algunas de las características que debe presentar un miembro de un equipo de trabajo: Son cualidades que el jefe de equipo debe tratar de potenciar entre sus colaboradores.

Espíritu de equipo: debe dejar atrás su individualismo (algo que no resulta fácil) y anteponer el interés del equipo. Hay que tener presente que el éxito de un equipo de trabajo no va a depender de la genialidad individual de cada uno de sus miembros sino de la coordinación de sus actividades, del saber apoyarse unos a otros. Ocurre igual que en un equipo de fútbol donde el jugador debe anteponer el trabajo de equipo a su propio lucimiento personal. No sólo debe manifestar este espíritu de equipo sino que tiene que intentar contagiarlo al resto de compañeros.

Colaborador: debe ser una persona dispuesta a ayudar a sus compañeros. No sólo cuando un compañero lo requiera, sino que debe estar atento a detectar posibles dificultades de algunos de ellos para ofrecer su apoyo.

Respetuoso: tanto con el jefe del equipo como con sus compañeros. Debe saber defender sus puntos de vista con firmeza pero sin menospreciar otras opiniones, manteniendo un trato exquisito, especialmente en los momentos de tensión y ante los fallos ajenos.

Buen carácter: una persona con la que resulte fácil trabajar, que contribuya a crear un buen ambiente de trabajo, que no genere conflictos y que si estos surgen dentro del equipo se involucre para tratar de solucionarlos.

Leal: con la verdad por delante, sin segundas intenciones, cumpliendo su palabra, sin tratar de anteponer su beneficio personal al de los demás. Sus compañeros deben ver en él a una persona de palabra, de la que uno se puede fiar.

Asume responsabilidades: acepta sus obligaciones y responde de las mismas, sin tratar de esquivarlas. Cuando hay que dar la cara la da y cuando algo falla el acepta su parte de culpa.

Trabajador: ejemplo de dedicación, siempre dispuesto a asumir nuevas tareas; una persona que no intenta quitarse de en medio para que el trabajo recaiga en otro compañero.

Inconformista: busca permanentemente mejorar, tanto en su desempeño individual como en el del equipo, no se conforma con lo conseguido, entiende que el equipo tiene potencial para mucho más.

1.6. DELEGACIÓN DE COMPETENCIAS

Cuando se constituye un equipo de trabajo se produce una doble delegación de competencias: Por una parte, la organización delega en el equipo una serie de funciones, concediéndole más o menos autonomía para desarrollar su trabajo. Por otra parte, dentro del equipo también se produce una delegación de competencias a favor de sus miembros, para que estos realicen su actividad.

En relación con el primer nivel de delegación (de la organización al equipo de trabajo) esta delegación debe ser suficientemente amplia. La organización fija los objetivos a alcanzar pero debe dar rienda suelta al equipo para que organice su trabajo como considere conveniente y para que tome sus propias decisiones, asumiendo responsabilidades.

Los miembros del equipo son los que mejor conocen la tarea a realizar (son los expertos) y los que mejor saben cómo deben organizarse. Sólo un equipo al que se le deje margen de maniobra será capaz de involucrarse en su trabajo y realizarlo de una manera eficiente.

Delegar en el equipo es darle un voto de confianza. Si la organización no delega el equipo tendrá las manos atadas y no podrá cumplir su misión.

En cuanto al segundo nivel de delegación (dentro del equipo), esta se produce cuando el jefe del equipo, responsable del proyecto, delega parte de sus facultades en sus colaboradores. Los miembros del equipo darán lo mejor de sí cuando se sientan valorados profesionalmente y el darles capacidad de decisión (aunque limitada) es una prueba de ello.

Por otra parte, si se quiere que el equipo funcione con agilidad es necesario delegar en los colaboradores, que estos puedan tomar decisiones sobre la marcha, sin tener que consultar permanentemente al jefe.

La delegación conlleva asumir la responsabilidad de la decisión tomada. Aquellos temas de mayor trascendencia serán los que se deban consultar con el jefe o los que se debatan en comité.

En toda delegación es fundamental establecer claramente los límites de la misma para evitar que se puedan sobrepasar (arrogándose unas facultades que no se hayan concedido) o dejando de atender unos cometidos que en cambio sí han sido delegados.

Por otra parte, quien delega (ya sea la organización, ya sea el jefe del equipo) tendrá que asegurarse previamente de que quien recibe la delegación cuenta con la preparación necesaria para hacer un buen uso de la misma.

La delegación no exige a quien la concede de responder del buen uso que se haga de ella. Quien delega no queda al margen de las decisiones que tome la persona en quien se ha delegado.

1.7. COHESIÓN DEL EQUIPO

Los equipos de trabajo más eficientes son aquellos en los que existe una gran cohesión entre sus miembros. Existe un sentimiento de equipo: sus miembros se sienten orgullosos de pertenecer al mismo. En contraposición con un equipo cohesionado nos podemos encontrar con:

Un equipo disgregado, que es prácticamente lo mismo que una ausencia de equipo. Aquí cada miembro actúa por su cuenta, va a lo suyo, sólo le interesa su interés particular y no el del equipo. En esta situación es prácticamente imposible funcionar eficazmente.

Un equipo básicamente unido, pero con algunos de sus miembros distanciados. El líder debe tratar de acercar a los miembros alejados; si no lo hace es posible que estos vayan atrayendo a otros compañeros y al final se termine como en el caso anterior.

La cohesión no es algo que tiende a surgir de forma espontánea, todo lo contrario, el ser humano suele ser individualista, su carácter es básicamente competitivo: busca su bien por delante (a veces a costa) del bien del grupo. Esto conlleva que la cohesión haya que buscarla, haya que trabajarla, siendo éste otro de los principales cometidos del jefe.

1.7.1. LA COHESIÓN DE UN EQUIPO DEPENDE DE MUCHOS FACTORES:

De su propia composición:

Si ha habido una selección de personas preparadas, entregadas, de gente que sabe trabajar en grupo. Lo contrario ocurre si es un equipo donde prima el individualismo, formado por gente de difícil convivencia (en este caso, difícilmente se va a poder conseguir un equipo unido).

Es importante contar dentro del equipo con gente que genere buen ambiente, gente positiva, colaboradora, generosa. A veces puede resultar preferible contar con un profesional con estas actitudes, aunque sea menos brillante, que con otro muy competitivo pero con un carácter complicado.

Una sola persona conflictiva dentro del equipo puede ser suficiente para cargarse el ambiente de trabajo. En la formación del equipo hay que cuidar con detalle este aspecto, pero aún así, puede haber sorpresas y entrar a formar parte del mismo, personas conflictivas. En este caso el jefe debe actuar con contundencia y atajar de raíz este problema, apartando a dicha persona.

De su tamaño:

Por regla general los equipos pequeños tienden a estar más cohesionados que los grandes, aspecto que hay que tener en cuenta a la hora de constituir un equipo, tratando de que su tamaño sea lo más ajustado posible.

Del carisma del líder:

Si cuenta con una personalidad atractiva que consigue ganarse la adhesión de sus colaboradores tendrá ya buena parte del camino recorrido.

Del proyecto asignado:

Si se trata de un trabajo interesante, exigente, motivador, es fácil que la gente se vuelque en el mismo. Si por el contrario, se trata de un proyecto gris, con poco atractivo, de escaso interés, es difícil que la gente se identifique con el equipo y más bien trate de salir del mismo a la menor oportunidad.

Del ambiente de trabajo:

Si es un ambiente agradable, de respeto, donde se fomente la participación, donde exista comunicación, donde se reconozcan los méritos, donde la gente se pueda realizar profesionalmente. Algún éxito inicial, aunque sea pequeño, también ayuda a cohesionar al grupo: ver que forman un equipo competente, capaz de alcanzar las metas propuestas.

La cohesión del equipo es más fácil que exista mientras que las cosas marchan bien, el problema se presenta cuando aparecen las dificultades (el trabajo no avanza, el equipo es cuestionado desde fuera, etc.).

Según como el equipo encare estas dificultades su cohesión interna puede aumentar o por el contrario se puede ver dañada.

Si ante una dificultad (ya afecte al equipo en su conjunto o a un miembro determinado) los miembros del equipo hacen causa común, se involucran, tratan de encontrar una solución, evitan las críticas internas y se apoya al miembro afectado, la cohesión del equipo aumentará.

Si por el contrario, ante una dificultad la gente se desentiende, arrecian las críticas hacia el miembro responsable, se busca "cortar cabezas", la cohesión del equipo quedará muy dañada.

La respuesta del equipo dependerá en gran medida de la actitud que adopte su jefe: cerrar filas o buscar responsables.

1.8 REUNIONES

Las reuniones de trabajo constituyen uno de los distintivos del trabajo en equipo. Se celebran reuniones con cierta frecuencia, persiguiendo distintos objetivos. Preparar las reuniones implica:

Fijar un orden del día que todos los asistentes deben conocer, permitiéndoles preparar aquellos temas que se vayan a tratar. El orden del día se establece con la intención de respetarlo, lo que no impide cierta flexibilidad para poder tratar algún asunto que pueda surgir sobre la marcha.

Se debe avisar con tiempo suficiente a aquellas personas que vayan a presentar algún informe para que tengan tiempo de prepararlos.

El jefe debe establecer desde la primera reunión un elevado nivel de exigencia, marcando la pauta al resto del equipo (conocimiento exhaustivo del tema a exponer,

presentaciones en Power-Point, reparto al resto de asistentes de un dossier con la información preparada, etc.).

Se debe fijar un tiempo estimado para la reunión que hay que tratar de respetar, si no las reuniones se terminan eternizando y se termina abordando asuntos de escasa trascendencia.

Hay que evitar fijar las reuniones en horarios "inconvenientes" (lunes a primerísima hora de la mañana, viernes por la tarde, o cualquier otro día muy avanzada la tarde, etc.).

Si las reuniones se alargan el jefe del equipo debe fijar descansos de forma regular para que los asistentes puedan despejarse. Hay que evitar reuniones maratónicas que dejen a los participantes exhaustos.

La sala de reuniones debe ser cómoda, amplia, bien iluminada, con la temperatura adecuada, sin ruido, etc.

El jefe del equipo se preocupará de la participación de todos los miembros, evitando que algunos puedan monopolizar la reunión mientras que otros apenas participan. Debe tratar de crear un clima que favorezca un intercambio abierto y franco de puntos de vista, donde se admita la discrepancia y se fomente el debate. Tiene que evitar que se produzcan enfrentamientos personales que enrarezcan el ambiente.

Si bien el debate en algún momento se pueda acalorar, lo que no se puede permitir bajo ningún concepto es que se produzcan ataques personales.

Por otra parte, en el momento en el que se adopta una decisión, por polémica que sea, se exigirá a todos los miembros del equipo un apoyo incondicional (ya no es tiempo de discrepar).

Durante las reuniones algún asistente debe ir tomando notas de los asuntos tratados, decisiones adoptadas, posibles actuaciones encomendadas a algunos miembros, etc. Posteriormente, y una vez finalizada la reunión, se repartirá copia de este acta al resto de asistentes.

En definitiva, es responsabilidad del jefe del equipo velar porque las reuniones se desarrollen con normalidad y resulten útiles. A continuación, y a título de ejemplo, señalamos algunas actuaciones que el jefe debe evitar:

Convocar una reunión sin un asunto que realmente lo justifique.

Por otra parte, a las reuniones se convocarán únicamente a las personas pertinentes. Hay que evitar que las reuniones puedan suponer una pérdida de tiempo para parte de los asistentes que no tienen nada que ver con el tema tratado.

Llegar tarde a la reunión: si exige puntualidad a los miembros del equipo debe predicar con el ejemplo. La falta de puntualidad resta seriedad, hace perder el tiempo a los demás y crea un precedente que puede ser imitado.

Trivializar la reunión: adoptar un tono excesivamente desenfadado. No se trata de que haya que dirigir las reuniones con excesivo rigor, incluso cabe algún momento de relajación, pero lo que no se debe permitir es que éstas pierdan seriedad.

Monopolizar la reunión: acaparar el tiempo sin apenas permitir a los otros asistentes intervenir. La reunión se organiza para que la gente participe y exponga sus puntos de vista, por lo que hay que darles la oportunidad de hacerlo.

Tampoco se puede permitir que un asistente intente monopolizar la reunión; además, hay que tratar de que aquellas personas menos proclives a participar también tomen la palabra.

No ejercer la autoridad que su cargo le confiere: Aunque no debe abusar de la misma y siempre debe tratar de convencer antes que ordenar, no obstante si en algún momento hace falta llamar al orden debe saber hacerlo.

Permitir que la reunión se aleje de su objetivo principal y derive hacia otros asuntos menores. Otro posible fallo es no ir cerrando temas: ir pasando de un tema a otro sin tomar decisiones claras.

En el acta de la reunión hay que recoger de forma precisa los temas tratados y las decisiones adoptadas

1.9. TOMA DE DECISIONES

El trabajo en equipo no se puede convertir en un medio de evitar asumir responsabilidades particulares tratando uno de desviarlas hacia el grupo.

No se puede permitir que los miembros del equipo eviten tomar decisiones, tratando de que sea el equipo en su conjunto o bien el jefe quienes las tengan que asumir. Además, la agilidad del trabajo exige que sus miembros vayan tomando decisiones sobre la marcha.

El jefe del equipo debe dejar muy claro desde el principio cual va a ser el ámbito de responsabilidad de cada miembro y con qué autonomía van a contar para su desempeño. Para que la gente se involucre completamente en el trabajo y para que éste se desarrolle con cierta fluidez es fundamental que cada miembro asuma ciertas responsabilidades personales.

Hay que exigir a los colaboradores que decidan ellos mismos; hay que evitar la tendencia de algunas personas de consultar siempre y no querer decidir nunca.

Además, debe favorecerse dentro del equipo una atmósfera que favorezca la toma de decisiones. Para ello el jefe debe empezar por dar ejemplo, aceptando las propias responsabilidades y no tratando de desviar hacia el equipo asuntos que a uno le competen.

Por otra parte, si una decisión adoptada por algún miembro del equipo, tras un análisis riguroso y serio, resulta equivocada el jefe debe ser comprensivo. Nada de reprender, abroncar o amenazar al colaborador, sino todo lo contrario, es el momento de darle apoyo (lo va a necesitar).

Esto no implica que no se analicen los motivos del error y se trate de tomar medidas para que no se vuelva a producir. Lo que no se debe admitir nunca (y en este caso sí

debe actuar con contundencia) es cuando el error es resultado de la improvisación, de la falta de profesionalidad y de rigor, en definitiva, de cierta frivolidad.

En esta disyuntiva entre tomar decisiones y posibles errores hay que tener presente que por regla general a cualquier empresa le resulta mucho más gravoso no tomar decisiones a tiempo que el hecho de que algunas de ellas resulten erróneas.

Un aspecto que hay que tener presente es que cuando el equipo adopta decisiones de forma colectiva éstas suelen ser más extremas que las que adoptarían individualmente sus miembros, tanto si la decisión es conservadora como si es arriesgada.

Esto se explica porque individualmente se suelen rechazar las posiciones radicales por miedo a equivocarse, mientras que en el grupo las personas se sienten más arropadas y ello les lleva a extremar sus puntos de vista. Es un aspecto que hay que tener en cuenta para evitar tomar decisiones excesivamente radicales.

1.10. PENSAMIENTO DE EQUIPO

El pensamiento de equipo describe un proceso que se desarrolla a veces dentro de los equipos de trabajo que les lleva a tener una visión particular, propia, de la realidad. Es un proceso que se desarrolla de forma gradual.

Cuando el equipo pasa mucho tiempo junto, cuando sus miembros mantienen una relación muy estrecha, puede ir surgiendo un sentimiento de diferenciación entre:

*"nosotros" (los miembros del equipo)
y los "otros" (el resto de la organización).*

Los miembros del equipo terminan viéndose como una clase especial, una especie de elite. El equipo deviene una especie de coto cerrado en el que se va imponiendo una forma uniforme de ver la realidad, caracterizada a veces por cierta prepotencia.

"Nosotros tenemos razón y los demás están equivocados".

Esta percepción se puede ir alejando de la realidad y ello sin que el equipo sea consciente. En los equipos de trabajo puede resultar a veces difícil expresar una opinión que se aparte de la línea oficial. Los miembros del equipo pueden evitar manifestar una opinión discrepante por miedo a ser tachados de desleales.

Ante la falta de opiniones críticas, el equipo va desarrollando su propia visión de la realidad sin que nadie sea capaz de dar la voz de alarma. El mismo miembro que internamente pudiera discrepar de la opinión "oficial" termina convencido de que era él quien estaba equivocado. Y en base a esta visión distorsionada el equipo puede ir tomando decisiones que resulten completamente erróneas.

No resulta raro que equipos integrados por profesionales muy experimentados tomen decisiones completamente equivocadas debido a que parten de premisas erróneas. Algunas de las consecuencias negativas del pensamiento de equipo pueden ser:

Se toman decisiones en base a la visión que maneja el grupo, sin explorar en profundidad otras posibles alternativas.

Al estar el equipo plenamente convencido de que su decisión es correcta no se analizan las posibles consecuencias que pudieran derivarse si esta fuera equivocada. Tampoco se elaboran planes de emergencia por si la decisión adoptada falla.

Entre los factores que pueden incidir en que un equipo de trabajo sea mas propenso al pensamiento de equipo se pueden señalar los siguientes:

Equipos de tamaño mediano o reducido donde sus integrantes trabajan muy estrechamente.

Equipos con un líder fuerte, que ejerce una intensa influencia sobre el resto de los miembros.

Equipos que confunden la cohesión con el pensamiento único, en los que se impone de forma casi obligatoria la unanimidad, aceptar la línea oficial.

Para tratar de evitar los efectos negativos de este pensamiento de equipo es necesario favorecer el debate interno, fomentar el intercambio de puntos de vista, aceptar la discrepancia en la fase de deliberación.

La diversidad de opiniones no tiene por qué amenazar la unida del grupo.

1.11. DIFICULTADES

En el trabajo en equipo, como en cualquier trabajo, pueden surgir dificultades que pongan a prueba al equipo. Cuando se forma un equipo y éste echa a andar suele haber una etapa inicial de ilusión, de novedad, pero a medida que el trabajo va avanzando la realidad se va imponiendo, a veces con toda su crudeza.

Mientras las cosas van bien es fácil que el equipo se muestre unido, cohesionado, que haya un buen ambiente de trabajo. Pero cuando las cosas se tuercen se pone en peligro todo lo anterior.

Las dificultades tienen un lado positivo y es que a veces consiguen aunar más al equipo, todo va a depender de cómo se afronten. Muchos equipos se crecen antes los obstáculos y dan lo mejor de sí. Cuando surgen dificultades, por graves que éstas sean, es fundamental que el jefe del equipo informe a sus colaboradores, que no trate de "maquillar" la situación.

El equipo perdería confianza en su responsable si se entera de que les ha ocultado información, de que les ha falseado la realidad. Ellos están metidos de lleno en el proyecto, sus carreras profesionales pueden estar en juego, por lo que tienen derecho a saber qué es lo que ocurre. Esta misma transparencia debe exigir el jefe del equipo a sus colaboradores.

Si en sus ámbitos respectivos surgen dificultades deben comunicarlas inmediatamente para que el equipo pueda tomar las medidas oportunas. Para ello es fundamental que la filosofía que impere en el equipo la de ante los problemas no buscar culpables sino soluciones.

Lo peor que puede ocurrir es que, por miedo, algún colaborador oculte un problema y cuando éste finalmente salga a la luz sea ya demasiado tarde para solucionarlo. Los problemas hay que afrontarlos con decisión, tomando las medidas necesarias por drásticas que sean (en estos momentos no valen las contemplaciones). Si hacen falta más recursos (humanos y/o técnicos) hay que solicitarlos a la dirección.

Si el problema es grave (pone en peligro el proyecto, impide que se puedan cumplir los plazos establecidos, etc.) hay que ponerlo inmediatamente en conocimiento de la dirección. Esta debe conocer en todo momento el estado de las cosas para que no haya sorpresas finales.

Aunque fuera competencia exclusiva del jefe tomar las medidas oportunas para hacer frente a un problema determinado puede resultar conveniente consultar con el equipo, pedirle su opinión.

Los colaboradores siempre valorarán que se les tenga en cuenta. Por otra parte, el jefe les deberá ir informando del desarrollo de los acontecimientos. Que el equipo sepa en todo momento la situación en la que se encuentra el proyecto.

Por último, señalar que cuando un equipo empieza a funcionar resulta aconsejable comenzar por los apartados menos problemáticos del proyecto con el fin de que el equipo tenga cierto tiempo para ir rodando. De este modo cuando tenga que enfrentarse a problemas mayores contará con una experiencia que le puede resultar muy valiosa. Si inmediatamente al comenzar a operar se presenta una dificultad que el equipo no sabe cómo resolver puede que dé al traste con todas sus ilusiones.

1.12. CONFLICTOS

En el desarrollo de un equipo de trabajo es frecuente que en algún momento puedan surgir conflictos personales, lo que en si no tiene mayor importancia ya que es normal que en una relación intensa y prolongada entre personas surjan ocasionalmente roces. La diferencia de carácter de los miembros, la tensión que genera el trabajo, las dificultades, etc.

El problema se presenta cuando este conflicto termina generando un enfrentamiento grave entre dos o más miembros del equipo. Esta situación origina que el rendimiento del equipo se resienta de inmediato.

Es imposible coordinar y avanzar en un proyecto cuando dentro del equipo hay enfrentamientos. Un equipo enfrentado es un equipo abocado al fracaso.

Para que un equipo de trabajo sea eficiente es absolutamente necesario que sus miembros estén perfectamente compenetrados.

Partiendo de estas consideraciones resulta evidente que un equipo no puede permitir que en su seno se produzca este tipo de enfrentamientos, o si surgen tiene que tratar de atajarlos inmediatamente.

Todos los miembros del equipo, pero especialmente su jefe, están obligados a velar porque exista una buena armonía, un buen ambiente de trabajo, lo que reducirá considerablemente las posibilidades de enfrentamientos.

El jefe del equipo deberá preocuparse por:

Fomentar la comunicación, el trato personal, buscando que la relación entre los integrantes no sea meramente profesional.

Conocer de cerca a su gente, qué piensan, cómo se sienten, qué les preocupa, tratar de conseguir que se encuentren a gusto.

Darle a su gente confianza, mostrarse cercano, que le puedan consultar sus preocupaciones. Detectar cambios de humor, intentar ver qué puede haber detrás.

Evitar situaciones injustas: diferencias significativas de carga de trabajo, diferencias de sueldos injustificables, etc. O agravios comparativos: alabanzas del jefe dirigidas siempre a los mismos miembros, cierto trato preferencial a parte del equipo (compartir con ellos más información que con el resto, quedar habitualmente con ellos a comer sin contar con el resto del equipo, tener reuniones informales sin avisar a los demás, etc.).

Cuando surge el conflicto el jefe debe actuar:

Inicialmente dará un margen prudencial a los miembros enfrentados para que ellos mismos resuelvan sus diferencias (a los colaboradores siempre hay que tratarlos como adultos). Si el asunto sigue sin resolverse el jefe intervendrá, hablando con las personas implicadas y exigiéndoles que pongan fin a sus rencillas, advirtiéndoles que no va a tolerar comportamientos que pongan en peligro el proyecto.

Si el conflicto persiste, tomará cartas en el asunto, informándose previamente con detalle de lo sucedido y adoptando a continuación la decisión que estime oportuna.

Lo que el jefe no puede permitirse bajo ningún concepto es hacer la vista gorda y no darse por enterado de lo que está ocurriendo, esperando que el tiempo solucione los problemas. El tiempo normalmente juega en contra y lo que inicialmente era una pequeña diferencia se puede convertir en un enfrentamiento total. Además, si el jefe no interviene su autoridad frente al resto del equipo se deteriorará, reduciendo su autoridad para gestionar ese grupo humano.

Si algún miembro del equipo resulta ser una persona muy conflictiva, el jefe deberá actuar con rapidez y apartarlo del mismo lo antes posible ya que podría causar mucho daño.

1.13. MOTIVACIÓN

La motivación hace referencia a todas aquellas actuaciones encaminadas a ilusionar a los trabajadores con vista a conseguir de ellos un fuerte compromiso con el trabajo.

Cuando una organización introduce el trabajo en equipo debe tener en cuenta que a partir de ese momento tendrá que aplicar un doble esquema de motivaciones.

Uno dirigido al equipo y otro dirigido al individuo.

La organización debe conseguir que el equipo esté motivado si quiere que rinda al máximo y para ello no es suficiente con que lo estén algunos de sus miembros y otros no. La empresa debe cuidar una serie de factores para conseguir ilusionar al equipo:

Proyectos a la altura de las expectativas creadas: proyectos exigentes, que supongan un auténtico desafío. No se puede reunir un grupo de profesionales, ilusionarlos, y luego encomendarles un trabajo gris, anodino, etc. No se pueden defraudar las expectativas creadas.

1.14. AUTONOMÍA

“Darle al equipo la oportunidad de organizarse, de planificar su trabajo, de tomar sus decisiones”.

La empresa debe exigir unos resultados determinados pero debe conceder margen de actuación. Si se exige a la gente que se sacrifique, que se entregue en el trabajo, hay que recompensarles; no valen únicamente buenas palabras y promesas futuras.

También resulta muy motivador para el equipo el ir alcanzando metas parciales, aunque sean pequeñas. De ahí la importancia de no fijar únicamente una gran meta final, sino de establecer también objetivos intermedios que el equipo pueda tratar de alcanzar con cierta rapidez.

Un éxito temprano contribuye a aumentar la auto confianza del equipo.

Aunque el equipo de trabajo exige al miembro renunciar en gran medida a su lucimiento personal anteponiendo el interés del equipo, siempre le va a seguir preocupando su situación particular. Es imposible motivar a un equipo si individualmente sus miembros no lo están.

Cada trabajador es diferente y cada uno tiene su propia escala de valores: Lo que motiva a uno puede ser diferente de lo que motiva a otro. Pero en mayor o menor medida hay una serie de objetivos que cualquier profesional busca en su trabajo:

1.15. FORMARSE

“Que el día a día le permita irse desarrollando profesionalmente”.

Hacer carrera, ir asumiendo responsabilidades, poder tomar decisiones, poder innovar, etc.

Un buen ambiente de trabajo, exigente pero de respeto, con una relación fluida con su “jefe”, que se le trate como profesional, como compañero, y no como un simple subordinado.

El jefe del equipo debe ser generoso ante los éxitos de sus colaboradores, reconociéndolos públicamente delante del resto del equipo. Y debe ser comprensivo ante los errores si estos se producen a pesar de que se haya puesto empeño y seriedad

en el trabajo. Como conclusión: La empresa debe buscar que la participación de un profesional en un equipo de trabajo suponga para él una oportunidad de alcanzar las metas anteriores.

1.16. EVALUACIÓN DEL EQUIPO

La organización debe evaluar con regularidad el rendimiento del equipo de trabajo. La evaluación no va dirigida únicamente a premiar o castigar, sino especialmente a detectar posibles deficiencias y poder tomar las medidas correctoras oportunas. Además, esto permite al equipo tener cierta idea de cómo percibe la organización su desempeño.

Cuando se constituye un equipo la organización debe dejar muy claro cuales son los criterios que va a considerar a la hora de evaluarlo. De esta manera se consigue que el equipo sepa a que atenerse y se evitan posibles malos entendidos. El evaluador no se debe limitar a comunicar el resultado de su evaluación sino que debe reunirse con el equipo y explicarle el porqué de la misma. Entre ambos acordarán un programa de posibles mejoras a introducir en el grupo y fijarán un sistema de seguimiento.

El resultado de esta evaluación será tenido en cuenta a la hora de fijar una recompensa extraordinaria para el equipo. Por otra parte, dentro del equipo el "jefe" deberá evaluar el rendimiento de sus colaboradores.

Este resultado será tenido en cuenta a la hora de repartir entre los distintos miembros las recompensas otorgadas al equipo.

Aunque el trabajo en equipo sea básicamente colectivo es necesario discriminar, teniendo en cuenta la diferente implicación de sus miembros.

Si esta diferenciación resulta caprichosa, poco motivada, influida por amiguismos, etc., la unidad del grupo puede quedar definitivamente tocada

1.17. RECOMPENSAS

Ante un equipo de trabajo la organización debe establecer dos niveles de recompensas: Uno dirigido al equipo y otro dirigido a sus miembros individualmente.

En la medida en que el equipo de trabajo responde colectivamente del trabajo realizado y de la consecución de los objetivos exigidos, la organización deberá establecer un esquema de recompensas extraordinarias. Este incentivo hará que el equipo luche por conseguir las metas, y este esfuerzo conjunto de sus miembros ayudará además a aumentar su cohesión interna.

No se puede premiar exclusivamente el éxito individual ya que el equipo exige muchas veces renunciar al lucimiento personal en favor del éxito del equipo. Si únicamente se reconociera al individuo se dañaría el espíritu de equipo: sus miembros, en lugar de sacrificarse por el equipo, tratarían de destacar individualmente. Pero también se debe establecer una gratificación a título individual ya que dentro del equipo hay distintos niveles de dedicación y de eficiencia.

Hay que premiar al profesional que destaque individualmente ya que esto contribuye a crear cierto espíritu competitivo dentro del equipo, lo que redundará en un mejor desempeño.

1.18. EQUIPO EFICAZ

Equipo eficaz es aquél que consigue coordinar de manera óptima el esfuerzo de sus componentes obteniendo el máximo rendimiento. Ello le permite funcionar fluidamente, de forma compenetrada, alcanzando las metas propuestas por la dirección.

El éxito de un equipo no es resultado de la buena suerte ni de la casualidad. Detrás de este éxito se encuentran una serie de factores que lo hacen posible. Entre las notas distintivas de un equipo eficaz se encuentran las siguientes:

Sabe seleccionar a sus componentes: gente con experiencia, con capacidad de trabajar en equipo, con personalidades complementarias. Gente motivada, con ganas.

Buenos profesionales permiten formar buenos equipos, pero también buenos equipos consiguen desarrollar buenos profesionales.

Se nombra un jefe de equipo con carisma, una persona capaz de conducir grupos humanos, con capacidad de organización. Una persona que sabe comunicar, motivar, exigir; una persona que se sabe ganar la confianza y el respeto de sus colaboradores.

Consigue imponer un elevado nivel de profesionalidad: el trabajo se realiza concienzudamente, con rigor, no se deja nada al azar.

Se define claramente el cometido del equipo, sus funciones, los objetivos que tiene que alcanzar.

Dentro del equipo cada miembro conoce perfectamente cual es su papel.

El proyecto encomendado es difícil, exigente, pero alcanzable. Se trata de un proyecto ilusionante que supone un auténtico desafío profesional.

La organización presta al equipo el apoyo necesario, facilitándole los medios humanos y técnicos requeridos, el acceso a la información pertinente.

Existe mucha comunicación dentro del equipo, la atmósfera de trabajo es de cordialidad, de respeto. Existe cohesión dentro del equipo, surge un sentimiento de compromiso. El ambiente es de participación, los miembros exponen sus opiniones, se fomenta el debate abierto, sin cortapisas, no se intenta imponer un pensamiento único.

La crítica constructiva es bienvenida. No obstante, una vez adoptada una decisión se exige un apoyo sin fisura.

El equipo sabe integrarse dentro de la organización, desarrolla lazos eficaces de comunicación y colaboración con el resto de departamentos.

La organización establece un sistema de motivación y recompensa que tiene presente tanto al equipo en su conjunto como a sus miembros individualmente. La organización sabe recompensar el esfuerzo realizado.

La organización establece un sistema de evaluación del equipo que permite detectar con rapidez posibles carencias, lo que ayuda a adoptar las medidas correctoras necesarias.

1.19. EQUIPO QUE NO FUNCIONA

A veces los equipos de trabajo no terminan de funcionar, en algunos casos incluso a pesar de haberse realizado una selección muy rigurosa de sus miembros. Los motivos de este fracaso pueden ser numerosos. Entre ellos se pueden mencionar los siguientes:

Falta de liderazgo: el jefe no organiza, no motiva, no empuja. En definitiva, no lidera.

Objetivo mal definido: esto origina que el equipo no sepa a qué atenerse, que se produzcan conflictos con otras áreas de la organización por invasión de competencias, que no se aborden temas que en cambio sí le corresponden.

Escasa comunicación: tanto dentro del equipo como con el resto de la organización.

La labor de un equipo exige ante todo coordinación: los miembros conocen en profundidad un ámbito determinado del proyecto pero les falta una visión global del mismo. Poner todas estas piezas en orden, que vayan encajando, exige mucha comunicación entre todos los componentes del equipo. Sin comunicación la coordinación es imposible.

Desmotivación: se ofrece al equipo un proyecto muy interesante y al final la realidad resulta ser muy diferente, con trabajos rutinarios y de poca trascendencia.

Complejidad del proyecto: también puede ocurrir justamente lo contrario, que el trabajo asignado sea demasiado complejo y que el equipo no se encuentre preparado, no cuente con gente con la formación y experiencia necesarias. En aquellos proyectos complejos, con un plazo de ejecución muy amplio, que presentan numerosas dificultades, donde no se aprecian avances, es muy posible que el equipo se termine desencantando.

De ahí la importancia de establecer metas intermedias que permita al equipo ilusionarse con su logro. A veces al trabajo en equipo le falla el apoyo de la organización.

El equipo de trabajo se introduce como algo novedoso pero poco a poco va cayendo en el olvido, queda descolgado, sin un lugar determinado dentro de la estructura organizativa.

Algunos dirigentes se muestran reacios al trabajo en equipo. Por desconocimiento, porque no confían en su eficacia, porque le resta poder, porque temen que al tener que trabajar estrechamente con otros colegas queden al descubierto sus carencias.

Los proyectos iniciales pierden interés y el equipo va quedando sin cometido.

A veces lo que falla es la adaptación de la organización a esta nueva forma de organizar el trabajo. Se potencian los equipos de trabajo pero al mismo tiempo se sigue manteniendo unos esquemas de evaluación y remuneración enfocados únicamente en el individuo.

Falta de reconocimiento: Si el proyecto exige a los miembros del equipo un fuerte sacrificio personal hay que recompensarles.

Dificultades de relación dentro del equipo: Inicialmente sus miembros se encuentran ilusionados, con ganas de hacer, orgullosos de pertenecer al equipo, pero poco a poco este ambiente cordial se va deteriorando.

La tensión del trabajo, las diferentes personalidades de sus miembros (caracteres problemáticos, ambiciones, timideces, falta de tacto en el trato, etc.), los pequeños roces personales, etc., van enturbiando las relaciones.

El estrecho contacto personal que demanda el trabajo en equipo puede hacer que la atmósfera de trabajo se haga insoportable (miembros que no se dirigen la palabra, que se acusan de los fallos del proyecto, que se ocultan información, etc.).

La química personal entre los diferentes componentes va a determinar en muchos casos el éxito o fracaso de un equipo. Lo que sí suele ocurrir es que cuando un equipo comienza funcionando mal termina fracasando, ya que resulta difícil corregir los vicios iniciales, especialmente a medida que va transcurriendo el tiempo. De ahí la importancia de dar apoyo al equipo en los momentos iniciales para que se vaya soltando y vaya adquiriendo experiencia.

Hay que evitar que el equipo de trabajo se pueda estrellar tan sólo comenzar a funcionar ya que el daño resultante puede ser difícil de superar

1.20. AGENDAS OCULTAS

Con esta expresión se denomina el posible juego sucio que de forma sutil un miembro del equipo puede tratar de hacerle al "jefe".

Cuando un "jefe" dirige un equipo puede ocurrir que algunos de sus miembros traten de boicotear su gestión. Por enemistad, por celos profesionales, por querer desbancarle, etc.; los motivos pueden ser diversos. En todo colectivo humano cabe que existan personas dañinas, lo que obliga al jefe del equipo a estar muy pendiente de su gente, seguirlos muy de cerca, tratando de detectar cualquier movimiento de oposición que pueda surgir. Mientras antes se descubra más posibilidades habrá de neutralizarlo.

El jefe del equipo debe tratar de mantener una comunicación fluida con todos sus colaboradores, conocer sus preocupaciones, sus frustraciones, sus desacuerdos con las decisiones adoptadas. Esto permite que las posibles diferencias se vayan detectando y solucionando sobre la marcha, evitando que se pueda ir generando un malestar interno.

Cuando la oposición de un miembro del equipo al jefe es directa, el enfrentamiento es abierto, no se puede hablar de agendas ocultas. En este caso las cartas están sobre la mesa y el jefe sabrá a qué atenerse.

La oposición de un colaborador suele ser más dañina cuando es tapada, sigilosa, cuando se trata de menoscabar el prestigio del jefe entre el resto de los compañeros. El colaborador rebelde tratará de conseguir apoyos dentro del equipo con vista a intensificar su operación de acoso.

A veces el jefe del equipo no detecta nada hasta que el daño ocasionado es ya muy significativo. El miembro conflictivo habrá conseguido erosionar muy seriamente su credibilidad, habrá propagado falsos rumores, habrá deteriorado gravemente el ambiente de trabajo, la cohesión del grupo. Un ataque de este tipo puede arruinar el futuro del equipo.

Si el jefe llega a detectar la existencia de estas agendas ocultas debe actuar de inmediato. Debe comenzar manteniendo un encuentro con la persona implicada. Esto permite: Dejarle claro que se está al tanto de su actuación y que no se piensa tolerar.

Tratar de conocer los motivos de este ataque y ver si se pueden solucionar.

Antes de dar este paso hay que asegurarse plenamente de que esta persona está efectivamente promoviendo una "revuelta" dentro del equipo. Si este colaborador (o colaboradores) persiste en su actitud no quedará más remedio que apartarlo del equipo por muy importante que sea su cometido.

Si siguiera dentro del equipo podría ocasionar mucho daño. Una estrategia que NO suele funcionar es la de NO reaccionar, hacer como si uno no supiera nada con la esperanza de que el tiempo vaya solucionando el problema. Normalmente el tiempo lo que hará es agravarlo. Además, el líder transmitirá una imagen de debilidad o en el mejor de los casos de no enterarse de la película.

1.21. EL PLAN DE TRABAJO

¿Qué es un Plan de Trabajo?

El Plan de Trabajo consiste básicamente en asignar tiempos, responsables, objetivos o metas y recursos disponibles para cada actividad de la organización, de tal forma que faculte cumplir con los propósitos que en la empresa se han planteado.

Un plan de trabajo es fundamentalmente la expresión precisa, clara y particular de la planificación que se ha realizado en cada una de las áreas de la empresa.

¿Que es una oficina o despacho?

La oficina o despacho es el lugar donde se realizan las transacciones relacionadas con nuestro trabajo. Las decisiones se toman en la Oficina o despacho, y en ella se adquiere la información que luego se analiza, utiliza, comunica, registra, almacena y recupera la persona responsable del despacho.

Todas las funciones de apoyo administrativo de la empresa se desempeñan en la el Despacho. Estas funciones comprenden todas las actividades propias de los responsables.

¿Que es lo que forma parte de la oficina o despacho?

En el Despacho se lleva a cabo el trabajo administrativo de la Empresa, en ella se planifica la Acción Empresarial. La Oficina o Despacho no debe ser solo un departamento, ni una serie de departamentos, debe ser mas bien una actividad; es cualquier lugar o parte donde se realice la gestión.

El trabajo de gestión puede llevarse a cabo en una sala con cuatro paredes (que es el aspecto con el que solemos imaginar los despachos), pero también es posible efectuarlo en un espacio compartido, en una sala, o en un pequeño rincón de una planta y en cualquier almacén o taller de mantenimiento.

Por tanto NO nos referiremos a la oficina o despacho como si se tratara de un lugar. Nos referiremos a sus actividades y funciones que en ella se llevan a cabo.

1.22. NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Las funciones de los Despachos se desempeñan sobre la base de normas y procedimientos, que se elaboran para simplificar el trabajo y que son esenciales para la efectividad de los resultados. Las normas permiten tomar decisiones preestablecidas cada vez que surgen determinadas circunstancias repetitivas. Ejemplo: Normativa de Licencias y Permisos

Sobre la base de estas normas la Persona Responsable del despacho puede tomar decisiones o realizar acciones rutinarias sin necesidad de consultar continuamente.

Las normas definen las reglas del juego, es trabajar de acuerdo con lo establecido. Los procedimientos son las acciones específicas que deben realizarse para aplicar una norma.

Los procedimientos evitan la necesidad de instruir al Responsable sobre el modo de llevar a cabo una función o actividad cada vez que surge una cuestión. *Ejemplo: Impreso de Tramitación de Licencias y Permisos.*

Las normas y procedimientos constituyen un instrumento esencial para lograr la eficiencia de las Empresas. Son un instrumento extremadamente útil. Cuando se elaboran entienden y utilizan de forma correcta, liberan a los Responsables de la toma de decisiones rutinarias. Les permiten centrarse en los casos excepcionales y disponer, así, del tiempo necesario para la planificación y demás funciones importantes de la Empresa. Debido a ese poder, puede darse el caso de que se abuse de las normas y procedimientos.

Las normas mal elaboradas, o lo que es peor, las que realmente no representan lo que desea la Empresa favorecen la ineficacia. Ej.: Circuito de pacientes, visitas y familiares mal elaborado.

Si las normas publicadas son incorrectas y, por tanto, ignoradas, la situación resultante promoverá la "indisciplina" en las Unidades o Servicios y dificultará la consecución de los objetivos. Por su parte, los procedimientos erróneamente diseñados hacen malgastar el tiempo provocan el incumplimiento de las normas del sistema de que se forma parte. Ej.: Ingreso de pacientes ectopicos.

Las normas y procedimientos hacen posible el funcionamiento rutinario de la Empresa. En ningún caso deben considerarse como inflexibles o inamovibles.

Por su propia naturaleza las normas son mas fijas que los procedimientos; pero si hay una buena causa que justifique una excepción, la cuestión deberá someterse a una decisión colegiada de los responsables o a la organización superior. Ejemplo: Traslado a otro centro de un paciente no etiquetado.

También los procedimientos pueden reformarse cuando haya alguna razón que determine la conveniencia del cambio.

Es posible que algunos pasos o etapas constitutivos de un procedimiento no sean aplicables a una determinada situación. En estos casos el Responsable prescindirá de los pasos inadecuados, al tiempo que mantendrá informado a su "superior" de lo que se ha hecho, en el caso de que la acción haya resultado adecuada/inadecuada. Debemos investigar la mejor manera de mejorar el flujo de trabajo y los procedimientos de nuestros Despachos.

1.23. LOS RESPONSABLES INMEDIATOS

Los Responsables Inmediatos constituyen la columna vertebral de las Empresas. Llevan a cabo análisis, establecen especificaciones y recomiendan las medidas más oportunas para la resolución de una gran diversidad de problemas. Los conocimientos, la capacidad y los consejos suministrados por los Responsables Inmediatos permiten determinar en mayor o menor grado de conveniencia de muchas de las decisiones que adopta en la Empresa.

Los Responsables inmediatos suelen interrelacionarse con los problemas del Centro de trabajo con mucha inmediatez y frecuencia mas que cualquier otro Cargo de la Empresa. Redactan los primeros borradores de los informes es función del Responsable Inmediato. Constituyen una parte esencial en la Empresa, aunque su capacidad, por lo general, no se llega a utilizar plenamente. En gran medida la mejora de la productividad depende de que se haga un mejor uso de la capacidad conocimientos del Responsable Inmediato.

Es la primera persona a la que abría que dirigirse para averiguar como hacer alguna cosa en las Unidades o Servicios, o a quien dirigirse para la toma de una decisión. Debe conocer perfectamente todos los medios de apoyo que tiene en su Despacho de trabajo: Ordenadores, teléfono, fax, formularios, agendas, etc. El buen uso de estos medios y su racionalización hará más eficiente su trabajo.

1.23.1. FUNCIONES DE LOS RESPONSABLES INMEDIATOS

Son Los líderes de la acción de la empresa que se genera en su Unidad o Servicio, y de la que surge del desarrollo de la política de la empresa. A la vez son los encargados de la rutina. Son a la vez los "directores y el personal de apoyo", "el Jefe y el Empleado". Tienen las obligaciones propias de los directivos y de los empleados. Son "la cabeza pensante y el brazo ejecutor" al mismo tiempo. Las funciones que deben realizar son:

1. **Planificación:** Decidir que debe hacerse y como hacerlo.
2. **Organización:** decidir quien debe hacer el qué. (A veces nosotros mismos), en este caso cuando debo hacerlo y como.
3. **Recursos:** quien o con quien contamos para llevar a cabo lo que se debe hacer.
4. **Dirección:** Orienta e indica las acciones.
5. **Motivación:** Estimular para sacar el máximo de las capacidades de cada uno de los miembros del equipo.
6. **Control:** Asegurarse de que se llevan a cabo los planes y las acciones.

1. Planificación: ¿Cuáles son las próximas cargas de trabajo?: mañana, el próximo mes, el próximo año. ¿Qué necesitamos con el fin de poder hacer frente a esas cargas de trabajo?: número de personas, cualificación, capacitación, equipo, ayuda exterior ¿Cuál es el Objetivo de nuestro Grupo?: hoy, el próximo año,

¿Qué niveles de resultado deberíamos obtener? Ahora, el próximo mes, el próximo año. ¿Qué tendríamos que hacer para alcanzar o superar los niveles de resultados previstos? ¿Cómo podríamos mejorar la eficiencia y la eficacia? ¿Qué fondos (medios, presupuesto) necesitamos este año, el próximo? ¿Cómo podemos justificar el personal, equipos, recursos etc. Ahora, este año, el próximo año?

2. Organización: ¿Cuáles son los mejores procedimientos para llevar a cabo cada tarea o función? ¿A quien debería asignarse la competencia para las tareas o funciones repetitivas? ¿Cómo debería organizarse el trabajo con el fin de facilitar su realización? ¿Con qué otros grupos o funciones tendría que coordinarse el trabajo? ¿Cómo?

3. Recursos Humanos: ¿Quién o con quien contamos para llevar a cabo la acción?

4. Dirección: ¿Cuándo es más conveniente una forma menos directa de orientación en el trabajo? ¿Cuántas consultas deben hacerse? ¿Cómo? ¿Cuándo resultan apropiadas las excepciones a los procedimientos o a las normas habituales? ¿Qué tareas deben gozar de prioridad respecto a otras? ¿A quien debería asignarse una nueva tarea? ¿Cuándo ha de finalizarse una tarea?

5. Motivación: ¿Cómo debe motivarse a cada individuo para que haga el trabajo lo mejor posible?. ¿Qué formación o cualificación precisa el empleado? ¿Cómo puede elevarse el espíritu o moral del empleado?

6. Control: ¿Cómo te mantienes tú al corriente de todas las actividades realizadas en la Unidad o Servicio, en la empresa, o en otras instancias relacionadas? ¿Cómo ha de medirse la producción del grupo o de cada empleado? ¿Cómo puede lograrse la exactitud de esta valoración?

¿Qué acciones han de realizarse para adquirir otros compromisos? ¿Qué acciones exigen consultar anticipadamente al superior o a instancias superiores? ¿Qué condiciones o circunstancias requieren una atención inmediata?, ¿Cuáles pueden esperar unas pocas horas?, ¿y cuales otras varios días? ¿De que margen de libertad goza el Responsable?

¿En que circunstancias? ¿A quien debe informarse cuando se den instrucciones (ordenes), se adopten medidas concretas, o surjan problemas? ¿Cuándo debe facilitarse la información por escrito o verbalmente? ¿Qué valoraciones de resultados habría que presentar a la Unidad o Servicio o a la Empresa y con cuanta frecuencia?

1.23.2. FUNCIÓN ADMINISTRATIVA

Debemos saber manejar la rutina administrativa del Despacho y de la Empresa. Debemos conocer y saber cuales y donde se encuentran los diversos departamentos de la empresa para servirnos en la realización de nuestro trabajo. Es importante conocer las normas administrativas de la Unidad o Servicio y de la Empresa: Impresos, Documentación, Formación, etc....)

1.23.3. FUNCIÓN DE INFORMACIÓN

La Persona Responsable elabora y recibe información de distintos niveles de la Empresa, locales, provinciales o regionales. Es el encargado de difundirla en el en su Unidad o Servicio y/o en su Centro de trabajo, a través de la comunicación personal o colectiva y a través de distintos soportes: Voz, Carteles, Hoja Informativas, Publicación periódica, email, etc.....

Posteriormente debe recoger el resultado de esa comunicación en el colectivo que iba dirigido, evaluar y transmitir si esa información provenía de otro nivel.

1.24. ADMINISTRACIÓN DEL TIEMPO

“He perdido el tiempo, y ahora el tiempo me pierde” (Shakespeare, Ricardo II.)

“He perdido el tiempo, no hecho casi nada” (Cualquiera de nosotros)

“Ladrones del tiempo”: los ladrones del tiempo son aquellos asuntos, cuestiones, Interrupciones que requieren nuestra atención, en un momento determinado, y nos restan tiempo para actividades programadas más eficientes”.

Lo primero que tendríamos que hacer es comenzar el trabajo analizando las tareas que tenemos que realizar.

Establecer los objetivos que tenemos que cumplir.

Establecer un orden de prioridad entre unos y otros.

Establecer el análisis que permitirá descubrir errores al planificar el trabajo.

| Problemas: | Soluciones |
|---|--|
| Se acumula el trabajo | <ul style="list-style-type: none"> - Establecer orden de prioridad - Establecer plazos máximos - Hacer estimaciones realistas |
| Intenta hacer demasiadas cosas a la vez | <ul style="list-style-type: none"> - Establezca un orden de prioridad - Haga las cosas una por una - Aprenda a decir NO tanto a los demás como a uno mismo. |
| Entra en cuestión de detalles | <ul style="list-style-type: none"> - Delege mas |
| Retrasa los trabajos que menos le gusta | <ul style="list-style-type: none"> - Fije plazos y ajústese a ellos - Pase pronto los malos tragos, luego se sentirá mejor |
| Le falta tiempo para pensar | <ul style="list-style-type: none"> - Deje huecos libres (parte del día o de la semana para pensar, sin papeleo ni interrupciones |
| La visita le interrumpen continuamente | <ul style="list-style-type: none"> - Procure seleccionar las visitas inoportunas - Concierte citas y procure respetarlas - Reserve huecos libres cuando no quieran que le interrumpen. (Horarios Afiliados). |
| Interrumpen constantemente el teléfono | <ul style="list-style-type: none"> - Filtre las llamadas - Indique que llamará Ud. Cuando esté libre |
| Pierde demasiado tiempo en las conversaciones | <ul style="list-style-type: none"> - Decida con antelación lo que pretende obtener cuando se entrevista con alguien, limite las bromas al mínimo, (al principio y al final de la entrevista). - Procure ceñirse al tema; es fácil distraer al otro o dejarse distraer por él. - Aprenda a terminar las reuniones con amabilidad y rapidez. |
| Se le va demasiado tiempo en reuniones | <ul style="list-style-type: none"> - Elimine todas las reuniones en las que no haya nada especial que decir, revise las que celebran y evite ir a tantas como pueda. - Abandone las comisiones si su presencia no es necesaria, o si hay alguien mas apropiado para el puesto. - Fije límites y duración de las mismas, atégase a ellos, elimine la verborrea y la repetición, permita el debate insistiendo en la necesidad de progresar y, por ultimo actúe con arreglo a un orden del día lógico. - No hable por hablar, ni se extienda demasiado, no pierda el tiempo tratando de lucirse o de halagar su propia vanidad |

2. HABILIDADES PARA LA COMUNICACIÓN

2.1. INTRODUCCIÓN

Z.M.Zorín, en Psicología de la Personalidad, comenta que:

“Comunicación es todo proceso de interacción social por medio de símbolos y sistema de mensajes. Incluye todo proceso en el cual la conducta de un ser humano actúa como estímulo de la conducta de otro ser humano”.

Damos información de nosotros mismos constantemente, aunque estemos en silencio o quietos, ya que proporcionamos una comunicación ya sea de forma verbal o no verbal.

2.2. ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN

En todo proceso comunicativo intervienen una serie de elementos:

Emisor: transmisor o generador del mensaje.

Receptor: destino que decodifica el mensaje, es decir, lo recibe y lo interpreta.

Mensaje: información (verbal o no verbal) que se transmite.

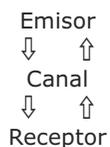
Canal: medio por el que se envía el mensaje.

Código: signos y reglas empleadas para enviar el mensaje.

Contexto: situación en la que se produce la comunicación.

Generalmente se produce un proceso continuo. En una conversación pasamos de ser emisores a receptores y viceversa.

Enviamos y recibimos información constantemente. Este proceso se denomina retroalimentación.



2.3. TIPOS DE COMUNICACIÓN

Comunicación verbal: aquella en la que hacemos uso del lenguaje, ya sea a través de las palabras que utilizamos como a las inflexiones de nuestra voz.

- Palabras (lo que decimos)
- Tono de nuestra voz

Comunicación no verbal: incluye la información no verbal. Aquello que no decimos pero transmitimos o comunicamos a través de:

- Mirada, el contacto visual.
- La postura, las manos.
- Los gestos.
- Expresiones faciales.
- Distancias.
- Contacto físico.

2.3.1. FUNCIONES DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL

- Confirmar o enfatizar la parte verbal.
- Sustituirla.
- Contradecir la parte verbal.
- Añadir carga emocional.

En nuestra comunicación entre un 65 al 80% de la misma es no verbal. Para comunicarse de una forma eficaz, los mensajes verbales y no verbales, deben coincidir entre sí.

2.4. ASPECTOS QUE MEJORAN LA COMUNICACIÓN

Distintos aspectos que pueden mejorar la comunicación son:

- a) Ser específico, concreto, preciso, es una de las normas principales de la comunicación.
- b) Ser breve.
- c) Escoger el momento y el lugar adecuado.
- d) Preguntar, sin dar nada por supuesto.
- e) Empatizar, "Entiendo que te sea difícil".
- f) Pedir opinión "¿Qué te parece si...?".
- g) Declarar deseos "Me gustaría que..."
- h) Cuidar la comunicación no verbal.

- i) Factores que dificultan la comunicación.
- j) Escoger un momento y un lugar inadecuado.
- k) Mantener un estado emocional excesivamente alterado.
- l) Acusar " Esto se tenía que haber hecho".
- m) Amenazar "Si no cambia de actitud, no vas...".
- n) Exigir "Lo que yo te diga".
- ñ) Utilizar sarcasmos o ironía.
- o) Generalizar "siempre", "nunca".
- p) Ignorar mensajes no verbales "Habla y mira el reloj."
- q) Juzgar.

2.5. LA EMPATÍA

Para lograr empatía, el lenguaje debe ser eficaz, esto quiere decir que alcance su objetivo: comunicar.

Según Thomas Gordon, discípulo de Carl Rogers, el padre de la empatía, la comunicación es ineficaz, si una de las partes no se siente respetada.

Intentó enseñar a los padres el lenguaje que él utilizaba en su consultorio: el lenguaje que aclara los problemas.

Demostró hasta qué punto la mayoría de nosotros no sabemos escuchar; proporcionó claves a la vez muy sencillas y muy difíciles de utilizar porque modifican la relación con los demás y con nosotros mismos.

Una de las prácticas se basó en tratar de sustituir los juegos de poder, la coacción y las amenazas para obtener lo que queremos, por un intercambio auténtico entre dos humanos.

Tendemos a precipitarnos con preguntas como: ¿porqué?, ¿por qué dices eso?, en vez de escuchar, nos apresuramos a proponer soluciones para ayudar, ser útiles y no afrontar esta terrible sensación de impotencia.

Este autor, se inspiró en Roger para enumerar doce barreras que se interponen en la comunicación, son doce formas de interferir cuando alguien intenta hablarnos de una emoción o de un problema, y que bloquean, orientan o rompen la relación. Estas barreras son:

1. Ordenar, mandar, exigir.
2. Amenazar, asustar.

3. Moralizar, sermonear.
4. Aconsejar, proponer soluciones.
5. Dar una lección, hacer afirmaciones tajantes.
6. Juzgar, criticar, censurar.
7. Felicitar, dorar la píldora.
8. Ridiculizar, poner sobrenombres.
9. Interpretar, analizar.
10. Tranquilizar, identificarse.
11. Preguntar, interrogar, y la número.
12. Eludir, bromear, tratar a la ligera.

¿Qué podemos decir? Nada. No nos damos cuenta que la persona sólo necesita un silencio atento y presencia en la mirada; ser escuchado de una forma que le permita avanzar mentalmente, liberarse de la carga demasiado pesada de sus sentimientos, desbrozar sus vivencias y, poco a poco, encontrar sus propias soluciones.

Es preferible ser prudente y empezar por permitir que se desahogue, acompañándolo con un "estás triste".

Algo que debemos tomar muy en cuenta es que debemos aprender a liberarnos de los porqués. Si nos sentimos falta de argumentos o demasiado tentados a proponer soluciones o dar consejos a alguien a quien queremos ayudar, podemos intentar algunas formulaciones como: reflejar las vivencias de las personas y hacer preguntas abiertas.

Cuando ya se ha hablado bastante sobre la situación y se han expresado las emociones, se puede pasar a: ¿Qué puedes hacer?, ¿Cómo puedo ayudarte?, precisamente para que manejemos las emociones y no interfiramos en la vida de la otra persona, de ésta manera evitaremos dejarnos llevar por la tentación de proyectar nuestras propias experiencias y emociones sobre los demás.

Debemos tomar en cuenta la universalidad de las emociones. Quiere decir que sólo por el hecho de ser seres humanos, somos distintos, somos entes individuales, por lo tanto cada uno tiene una situación diferente que tratar y que enfrentar en su vida.

Esto no quiere decir que perdamos comunicación, al contrario, si estamos en contacto emocionalmente con los demás, puede haber comunicación sin barreras, pues en el terreno emocional todos somos iguales y podemos conectarnos al margen de las diferencias culturales.

Tomemos en cuenta, tal como lo afirma Levy 1984, especialista en el lenguaje de las emociones, *"el miedo, la sorpresa, la cólera y la alegría se expresan en todo el planeta con las mismas contracciones musculares"* los mensajes del cuerpo rara vez mienten.

Debemos escuchar con el cuerpo para crear sincronía. Utilizar el lenguaje corporal para comprendernos mejor. Tal como decimos muchos "un gesto vale más que mil palabras".

Expertos han comprobado que los seres humanos, cuando se comunican, tienden a adoptar espontáneamente las mismas posturas, a hacer los mismos gestos, a hablar en el mismo tono y en ocasiones a utilizar el mismo vocabulario. Sus cuerpos se sincronizan, evolucionan en el mismo tiempo.

Escuchamos con el corazón, escuchamos con el cuerpo. Nuestras emociones pueden leerse en nuestros rostros. Gracias a nuestros gestos, se puede notar en nuestra actitud corporal, incluso por las tensiones musculares, por el ritmo cardíaco o respiratorio que estamos en sintonía.

Algunos estudiosos recomiendan que para sentir lo que otro vive, debemos respirar con él. De seguro lo comprenderemos mejor y veremos lo importante que es tener empatía, pues como seres humanos necesitamos sentirnos libres en todos los sentidos, sobre todo de presiones.

Otro tipo importante es expresar con palabras las emociones.

Significa que debemos decir lo que sentimos, de esta manera lograremos encontrar los medios para afrontar experiencias interiores que a veces son difíciles de superar. Si queremos lograr esto con los demás, es importante infundir confianza hablando de nuestros problemas con claridad para lograr empatía.

Debemos darles claves para que comprendan nuestros comportamientos, con ellos lograremos que se comprendan mejor ellos mismos y se acepten tal y como son, ayudando así a que aprendan a expresarse, controlen sus emociones, superen la angustia y eviten las pulsiones destructoras como estar solos, separados de sus padres o de su pareja, que pueden afectarle en su vida diaria.

Tomemos en cuenta que mostrando cortesía y respeto podemos lograr que los demás vean en nosotros empatía, reconozcan nuestros sentimientos y nuestra capacidad para percibir y estar atentos a lo que sienten, por lo que decir por favor y gracias, hablar con educación, tomarle en serio, nos permitirá el acercamiento que queremos.

Está comprobado que la negación de las emociones, la represión de los sufrimientos del niño y del adulto produce impotencia y provoca una gran indiferencia hacia los demás, y lo que es aún más preocupante, una indiferencia hacia la vida.

La sensación de vacío y de profunda insatisfacción que deja la falta de amor verdadero y de escucha afectiva alimenta el apego enfermizo al dinero y al poder.

Reconozcamos que el analfabetismo emocional tiene consecuencias individuales y también constituye una plaga social, a través tanto de los enfermos psicósomáticos como de las angustias y las depresiones, define nuestras relaciones sociales, nos hace insensibles unos a otros y, debido a ello, conduce a nuestra sociedad hacia un callejón sin salida.

Cuando los seres humanos están dormidos por el miedo, la envidia o el odio, tienen dificultades para hablar entre sí; la democracia se encuentra amenazada. La necesidad del corazón, la inmadurez afectiva puede llevarnos a la perdición.

La madurez afectiva se alcanza cuando el ser humano sale del egocentrismo y es capaz de comportarse con altruismo, que no es la negación de uno mismo sino, por el contrario, ampliación de la propia conciencia hasta integrarse en los demás, es capaz de actuar con empatía, de cooperar y de implicarse socialmente.

Es responsable, es decir, tiene conciencia de las consecuencias a corto y largo plazo de sus actos, en relación con los demás y con el futuro, dirige su vida con ética, se ama y se respeta lo suficiente para no cometer jamás un acto que no vaya en la dirección de su propia estima.

Desarrollar este tipo de inteligencia emocional es aprender a manejar nuestros estados internos, a seleccionar nuestros miedos y rabias, a calmar nuestras angustias para acceder a más altruismo, a una mayor capacidad para vivir juntos en armonía.

El ser humano emocionalmente maduro se caracteriza por poseer inteligencia del corazón: ya no puede permanecer indiferente ante la suerte de los demás, ya no puede tolerar la injusticia, el cinismo y el sufrimiento ni, sobre todo, participar en ellos.

El corazón es un lugar de paso entre el cielo y la tierra. Vivir con corazón, ser todo lo posible el que somos, ocupar nuestro puesto, tener conciencia de nuestro papel en el universo y desempeñarlo, todo es también manifestar inteligencia del corazón.

Los seres humanos somos los que hacen las sociedades, aunque éstas no puedan reducirse a los que las componen. Cambiar la sociedad sin cambiar al ser humano es una ilusión, pues es difícil que nos separemos o liberemos de la hipocresía y accedamos a ser más auténticos. Para ello debemos ser más autónomos, confiados, dejar de reprimir nuestra creatividad, nuestras emociones.

La vida familiar, social no puede seguir evolucionando por separado. Es preciso que el corazón, armándose de audacia, impregne la razón de su calor vital, aun cuando la razón tenga que renunciar a su rigor lógico para ceder el paso al amor y a las pulsaciones de la vida.

No podemos seguir contentándonos con una vida en la que el corazón tiene unas razones que la razón no conoce. Nuestros corazones deben conocer el mundo de la razón y la razón tener por guía un corazón consciente.

La urgencia es afectiva. No podemos seguir escatimando el desarrollo de nuestras inteligencias emocionales. La emoción como todo lenguaje tiene gramática.

Se puede aprender a expresarse, a mostrar los sentimientos propios y a escuchar lo de los demás.

Se puede aprender a dominar los miedos, a compartir las alegrías, a atravesar un duelo por ejemplo, y a controlar las cóleras sin enterrarlas dentro de uno y convertirlas en angustia, depresión o enfermedad.

Se puede aprender a cooperar, a animar a un grupo (o animarse en grupo) y a resolver los conflictos de forma no violenta.

La alfabetización emocional es el desafío de hoy. Escuchemos a nuestros corazones juntos, es la única forma de demostrar una verdadera madurez emocional y sobre todo que aprendamos a vivir con paz y armonía espiritual.

3. LOS ESTILOS DE COMUNICACIÓN

3.1. LOS ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN Y LAS BARRERAS:

Los elementos mas importantes de la comunicación interpersonal son:

- **Firme comunicación visual:** "saber mirar a la otra persona".
- **Buena postura:** "saber estar erguido y moverse suavemente y con naturalidad".
- **Ademanos naturales:** "saber estar relajado y actuar natural cuando se habla".
- **Ropa apropiada y aspecto:** "saberse vestir, asear y aparecer de forma apropiada para el medio al que pertenece".
- **Voz y variedad vocal:** "saber usar la voz como un instrumento sonoro y resonante".
- **Uso efectivo del lenguaje de las pausas:** "saber usar el lenguaje de una manera clara y apropiada, planeando las pausas y sin muletillas".
- **Atraer la atención de la escucha:** "saber mantener un activo interés y la atención de cada persona con la que te comunicas".
- **Uso efectivo del humor:** "saber utilizar el humor para crear un lazo entre uno y la persona que lo escucha".
- **Ser uno mismo:** "saber ser auténtico".

Las barreras más importantes de la comunicación:

- Habilidad comunicativa deteriorada.
- Utilización del canal inadecuado.
- Desconocimiento del entorno socio - cultural.
- El mensaje lleva una carga emotiva muy elevada.
- Ignorar que el propio cuerpo es parte del mensaje.

3.2. FENÓMENOS PSICOLÓGICOS Y EMOTIVOS QUE DISTORSIONAN LA COMUNICACIÓN

En la interpretación y descodificación del mensaje pueden producirse algunos fenómenos psicológicos y emotivos que distorsionan la comunicación:

- **Efecto halo:** la idea que nos hacemos la fundamentamos en un rasgo favorable o desfavorable o por una predisposición contra el interlocutor.

- **Prejuicios o ideas preconcebidas:** los rasgos físicos o circunstancias que tiene la otra persona, lo identificamos con cualidades positivas o negativas, para extraer elementos de juicio sobre el mensaje que nos da.
- **Estereotipos (imágenes mentales):** son similares a los prejuicios, si bien se diferencian en que están basados en imágenes mentales, arraigadas en las personas y en el medio en que viven o del que proceden.
- **Proyección:** atribuir los propios sentimientos o características a la otra persona o rechazar a aquellos que no se nos parezcan.
- **Expectabilidad:** la predisposición a que ocurra aquello que se espera.

3.3. FENÓMENOS FÓRMULAS PARA VENCER LAS BARRERAS

No existe una fórmula única para las barreras, cada una de ellas necesita una solución distinta. Sin tener olvidar otras, hay que tener en cuenta lo siguiente:

- Dar por supuesto que el mensaje probablemente sea distorsionado.
- Elaborar mensajes claros y específicos.
- Adaptar el lenguaje a los demás.
- Utilizar un lenguaje que transmita actitud positiva a la demanda del interlocutor.
- Tomarse tiempo y dedicar atención a la comunicación.
- Escuchar los sentimientos, no sólo las palabras.

3.4. COMUNICACIÓN NO VERBAL - POSTURAS Y GESTOS

La comunicación no verbal es un elemento altamente importante en la comunicación. Debemos controlar determinados gestos, posturas, o maneras, que pueden interpretarse, por parte de nuestro interlocutor, como un factor determinante en la comunicación.

Algunas de estas posturas, gestos o maneras pueden interpretarse de la siguiente forma:

- Acariciarse el mentón = Reflexión ante una decisión.
- Entrelazar los dedos = Expresión de autoridad.
- Tirones al pabellón auricular = Dudas o incertidumbre.
- Mirada orientada hacia abajo = Indica que no se cree lo que está escuchando.

- Frotarse las manos = Impaciencia.
- Apretarse la nariz = Evaluación negativa.
- Golpear ligeramente los dedos = Impaciencia.
- Sentarse con las manos tomando la cabeza por detrás = seguridad en si mismo y superioridad
- Inclinar Cabeza = Interés.
- Caminar erguido = Confianza y seguridad.
- Pararse con las manos en la cadera = Buena disposición para hacer algo.
- Jugar con el cabello = Falta de confianza.
- Roerse las uñas = Inseguridad o Estado nervioso.
- Unir los tobillos = Aprensión.
- Manos tomadas hacia la espalda = Furia, ira, frustración, aprensión.
- Cruzar las piernas balanceando el pié = Aburrimiento.
- Manos en las mejillas = Evaluación.
- Frotarse el ojo = Dudas.
- Frotarse los ojos = cansancio.

3.5. LA CONVERSACIÓN Y SUS ELEMENTOS

3.5.1. COMPONENTES PRINCIPALES DE UNA CONVERSACIÓN

- El saludo:

La relación social y de trabajo entre dos personas suele comenzar por la presentación hecha por una tercera persona conocida de ambos.

Para que una presentación sea correcta, debe ceñirse a unas normas sencillas pero muy precisas reflejo de la regla general de dar la preferencia a quienes, por una razón u otra, son merecedores de mayor deferencia.

Saludos y presentaciones: Por regla general, se debe presentar:

- El hombre a la mujer, o la mujer al hombre (en igualdad de rango).
- Cuando son personas del mismo sexo, la más joven a la de mayor edad.

- Si existen marcadas diferencias de carácter social o profesional, el inferior al superior.

Saludos y fórmulas de cortesía: Cuando alguien entra en una habitación en la que hay otras personas sentadas y se han de hacer las presentaciones, la situación debe ajustarse a ciertas reglas:

- Una mujer nunca se levanta ante un hombre, aunque sí lo hace cuando quien entra es una mujer de mayor edad. En caso de edades similares, puede levantarse o quedarse sentada, dependiendo del grado de calidez que quiera imponer al saludo.
- Un hombre siempre se pone de pie cuando le presentan a alguien.
- Una mujer debe ponerse en pie cuando se le presenta un hombre anciano.
- Si ingresa alguna autoridad civil o religiosa se estima que se pongan de pie todos los asistentes.

3.5.2. REGLAS DORADAS DE LA CONVERSACIÓN

- No monopolizar la conversación.
- Escuchar con atención y demostrar interés.
- Respeto por las opiniones ajenas.
- Matizar con alguna sonrisa.
- No cambiar el tema continuamente.
- No interrumpa las frases de los demás.
- Controlar la impaciencia.
- El planeta no se termina en una conversación.
- Conseguir que el interlocutor se sienta "especial".
- Mostrar interés en aspectos personales o de otra índole es halagador para la contraparte.

3.6. MENSAJES QUE FACILITAN Y OBSTRUYEN EL DIÁLOGO

- Declaraciones de deseo: indican un comportamiento específico: "deseo que hagas esto".
- Declaraciones de sentimientos: "cuando hiciste eso, me sentí de esta forma".
- Declaraciones de agrado o desagrado: constituyen casos especiales de las

declaraciones de sentimiento: "me gustó que hicieras eso", o, "no me gustó que dijeras esto".

- La pregunta directa: se pide una información específica.
- Las impresiones: comunicar una impresión es decir a la otra persona lo que se cree haber percibido, oído o imaginado que pasa por su mente, a fin de que ésta confirme o niegue dicha impresión.
- Las preguntas abiertas: determina un área general de interés pero permite que el contenido específico de la respuesta lo decida la persona que tiene que contestar.
- Declaraciones demasiado extensas.
- Preguntas que contienen reproches o sarcasmos.
- Generalizaciones sobre la forma de ser de la contra parte.
- Declaraciones del tipo "deberías".
- Cortes en la conversación.
- Defensas propias, disputas sobre versiones de sucesos pasados.
- Cambios bruscos de tema.
- Adelanto de suposiciones en lugar de comprobar.
- Declaraciones agresivas.
- Incongruencia entre el mensaje verbal y el no verbal.
- Formulación de amenazas, expresiones de insatisfacción.
- Ignorar los mensajes importantes del interlocutor.
- Consejos prematuros.
- Palabras y frases indefinidas para evitar la molestia o la vergüenza que causa el tema

3.7. LA ARGUMENTACIÓN

La argumentación es todo soporte verbal o audiovisual empleado por el interlocutor sobre los que descansan las características de su exposición y que se utilizan para dar a conocer una determinada información, oferta, etc.

3.7.1. CARACTERÍSTICAS DE LA ARGUMENTACIÓN

- Claridad.
- Ritmo de la presentación de los argumentos.
- Brevedad.
- Evitar tecnicismos.
- Tono de voz.
- Totalidad: argumentación orientada a la motivación del interés.
- Veracidad: la verdad siempre inspira confianza, evitar cualquier posibilidad de engaño.
- Unicidad: hay que conocer las ventajas de lo que exponemos, tener en cuenta las objeciones para saber rebatirlas y hacer de nuestra idea, nuestro producto o nuestro servicio una cosa única.

3.7.2. DESARROLLO DE LA ARGUMENTACIÓN

Argumentar es ofrecer un conjunto de razones o de pruebas en apoyo de una conclusión. Existen técnicas para volver a una argumentación eficaz:

- Distinguir entre "premisa" y "conclusión".
- Presentar las ideas en un orden natural, por ejemplo, primero la idea y luego las razones. Cada afirmación debe conducir naturalmente a la siguiente.
- Partir de premisas confiables: si las premisas son débiles, la conclusión será débil.
- Utilizar un lenguaje concreto, específico: no es lo mismo "caminamos horas bajo el sol" que "fue un prolongado período de esfuerzo laborioso".
- Evitar el lenguaje emotivo: no caricaturizar a la otra parte para validar el argumento: una persona que se opone al uso de una nueva tecnología no está necesariamente a favor de un "retorno a las cavernas", ni estar a favor de una reducción del gasto militar significa "rendirse al enemigo".
- Utilizar términos consistentes: si, a vía de ejemplo, se quiere afirmar que las opiniones del político ZZ son liberales, utilizar en el argumento la palabra "liberal" y no "de tendencia izquierdista" o "del viejo estilo tradicional del sistema".
- Utilizar un único significado para cada término: lo contrario, conduce a la ambigüedad.
- Argumentos mediante ejemplos: ofrecer uno o más ejemplos en apoyo de una generalización.

- Argumentos por analogía: buscando el apoyo por similitud, a vía de ejemplo: Bush (h) afirmó una vez que el papel del vicepresidente es apoyar las políticas del Presidente, esté o no de acuerdo con ellas, porque “usted no puede bloquear a su propio quarterback”.
- Argumentos de autoridad: por ejemplo, alguna organización internacional dice que “Y”, por lo tanto, “Y” es verdad.

3.7.3. PRESENTACIÓN DE UN TEMA O PROYECTO

Para presentar un tema o proyecto tenemos que tener en cuenta:

- Razones que han motivado el encuentro o la reunión.
- La idea por realizar.
- Los elementos humanos y materiales para llevarla a cabo.
- El o los procedimientos que se sugieren.
- La información y la experiencia que avalan los criterios expuestos.
- Los servicios que ha de prestar el tema o el proyecto al progreso, a la empresa, a la comunidad, etc.

3.7.4. PRESENTACIÓN DE UN ASUNTO O PLANTEAMIENTO DE UNA CUESTIÓN

Para presentar un asunto o planteamiento tenemos que tener en cuenta.

- Causas que han promovido el estudio o la convocatoria.
- Los “primeros principios” o el origen de la cuestión.
- Partes componentes o pasos a concretar o desarrollar.
- Resultados, aplicaciones, usos, beneficios.
- Conclusiones o generalizaciones.
- Expresión de sentimientos alentadores.

3.8. REUNIONES

3.8.1. FINALIDADES Y PROBLEMAS FRECUENTES

- Finalidades: las reuniones tienen cinco finalidades posibles: Informar; expresar opiniones; resolver problemas; tomar decisiones o formar.

3.8.2. PROBLEMAS HABITUALES EN LAS REUNIONES

- Enredarse en el procedimiento.
- Demasiadas cuestiones de orden.
- Confusión sobre lo que ha sido decidido.
- Se evita tomar decisiones concretas.
- Se desvían de su propósito.
- Falta de oportunidades para participar.
- Excesiva duración.
- No asisten a la reunión los que deberían asistir.
- Existen demasiadas reuniones.

3.8.3. PREPARACIÓN DE REUNIONES

Para preparar adecuadamente tenemos que tener en cuenta, al menos.

- **Planificación:**

- Objetivos y temas.
- Orden del día.
- Elección de lugar apropiado.

- **Información:**

- Desarrollo de una convocatoria clara.
- Elección de quién ha de conducir la reunión.
- Indicar por qué está invitado a participar el receptor de la convocatoria.

- **Preparación:**

- Organización.

- **Estructura y Control:**

- Seguimiento del programa.

- **Buena moderación:**
 - Procurar la participación.
 - Atenerse a los hechos reales.
 - Mantener la atención.
 - “no soltar el timón”.
- **Resumen y Registro:**
 - Conclusión.
 - Acta o registro.
 - Propuesta y conclusiones.
 - Participantes.
- **Análisis:**
 - Evaluación del proceso.
 - Evaluación del resultado.

3.8.3.1. Presentaciones orales.

Etapas a tener en cuenta ante la preparación de una presentación oral:

- Conocer a la audiencia.
- Título sugerente y adecuado.
- Presentación de quien expone.
- Estructura clara de la exposición.
- Comienzo que capte la atención.
- Desarrollo ordenado.
- Precisión en el tiempo.
- Uso de apoyos visuales.
- Final recordable.

- **Planificación:**

- Es imprescindible.
- Convencerse de la necesidad de diseñar.
- Conocer las necesidades de la audiencia y el ambiente.
- Entender a la presentación como un proceso dinámico y perfeccionable.
- Simplificar el proceso con un listado de comprobación.
- Evaluar los resultados.

- **Estructura:**

- Una presentación bien organizada beneficia tanto al orador como a la audiencia.
- Determinación del objetivo.
- Comenzar por la conclusión.
- Determinación del enfoque.

- **Componentes estructurales:**

- Apertura o introducción.
- Visión previa.
- Cuerpo.
- Revisión.
- Conclusión.

- **Contenidos:**

- La presentación tiene que ser creíble.
- Es estilo es único.
- Aprovechar los recursos para lograr impacto y variedad (figuras, anécdotas, humor).
- Buscar frases cortas.
- Evitar muletillas.
- Motivar el proceso de escucha con energía, alegría y sencillez.

- **El miedo escénico:**
 - La timidez oratoria es un estado de ánimo dominable y transitorio.
 - Organizar el tema, jerarquizar las ideas.
 - Respetar pero no temer al auditorio.
 - Hablar siempre de lo conocido.
 - No contar a la audiencia nuestro nerviosismo o tensión.
 - Prepararse para afrontar los argumentos que no se esperaban.
- **El resultado de la presentación oral depende, entre otras cosas, de:**
 - Del grado de seguridad en uno mismo y de la autoconfianza.
 - De la habilidad para comunicar oral y gestualmente.
 - De la confianza y simpatía que sepa suscitar en la audiencia.
 - De la retroalimentación.
 - De la evaluación objetiva e imparcial.
 - De la práctica, la práctica y la práctica.

3.9. DISTINTOS ESTILOS DE COMUNICACIÓN

3.9.1. ESTILO AGRESIVO DE COMUNICACIÓN

Las características de este estilo son las siguientes:

- **Creencias:**
 - "la gente debería ser como yo".
 - "no cometo errores".
 - "yo tengo derechos".
- **Estilo de comunicación:**
 - Cerrado.
 - No escucha.
 - Con dificultad para ver los puntos de vista ajenos.

- Interrumpe.
- Monopoliza la conversación.
- **Características:**
 - Saca provecho de otros para conseguir sus metas.
 - Expresivo y autoestimulante a expensas de los demás.
 - Condescendiente y sarcástico.
- **Conducta no verbal:**
 - Contacto visual airado.
 - Se mueve o se inclina demasiado cerca.
 - Ademanos amenazadores.
 - Voy muy alta e interrupciones frecuentes.
- **Conducta verbal:**
 - Palabras fuertes y lenguaje abusivo.
 - Términos sexistas o racistas.
 - Evalúa la conducta de otros.
 - Realiza amenazas explícitas.
- **Sentimientos que experimenta:**
 - Coraje.
 - Hostilidad.
 - Frustración.
 - Impaciencia.

3.9.2. ESTILO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Las características de este estilo son las siguientes:

- Gana con argumentos, amenazas y ataques.
- Opera bajo la posición de ganar / perder.

- **Efectos:**

- Provoca la contra agresión.
- Se alía con otros.
- Tiene un fuerte desgaste emocional.
- Numerosas ocasiones en donde se producen deterioros de activos relacionales.

3.9.3. ESTILO PASIVO DE COMUNICACIÓN

Las características de este estilo son las siguientes

- **Creencias:**

- No expresa los sentimientos verdaderos.
- No expresa desacuerdos.
- Eventualmente, el otro tiene más derechos que yo.

- **Estilo de comunicación:**

- Indirecto.
- Tendencia a la concordancia.
- Habla poco.

- **Características:**

- Se disculpa constantemente.
- Busca depositar confianza en otro, escasa auto confianza.
- No expresa con claridad lo que siente y piensa.
- Si el otro toma las decisiones, mejor.
- Raramente obtiene lo que desea realmente.

- **Conducta no verbal:**

- Poco contacto visual.
- Cabizbajo.
- Postura deprimida.

- Desplazamiento constante del peso del cuerpo.
- Manos húmedas y voz débil.
- **Conducta verbal:**
 - Mitigadores: "puede ser" , "una especie de"
 - Palabras de relleno: "¿eh?", "¿no es cierto?".
 - Anuladores: "en realidad no es tan importante", "no estoy seguro", "no quisiera molestar con esto".
- **Sentimientos que experimenta:**
 - Indefensión.
 - Decepción, ausencia de reconocimiento.
 - Evade, ignora, deja o posterga.
 - Se retira.
 - En acuerdo externamente, íntimamente en desacuerdo.
 - Invierte tiempo solicitando consejo y supervisión.
- **Efectos:**
 - Se da por vencido.
 - Desarrolla dependencia en relaciones.
 - No sabe con claridad dónde está su posición.
 - Pérdida progresiva de auto estima.
 - Promoción de las causas ajenas.

3.9.4. ESTILO ASERTIVO DE COMUNICACIÓN

Las características de este estilo son las siguientes:

- **Creencias:**
 - Soy tan valioso como el otro.
 - Consciencia que asertividad no es igual a ganar.
 - Igualdad de derechos con el otro.

- Estilo de comunicación:
 - Efectivo, sabe escuchar.
 - Establece límites.
 - Clarifica expectativas.
 - Establece observaciones, no emite juicios.
 - Se expresa de manera directa y honesta acerca de sus sentimientos y deseos.
 - Considera los sentimientos ajenos.
- **Características:**
 - No enjuicia ni etiqueta.
 - Cree en sí y otorga credibilidad al otro.
 - Confianza en sí mismo, autoconsciente.
 - Abierto, flexible y versátil.
 - Sentido del humor.
 - Decidido y proactivo.
- **Conducta no verbal:**
 - Buen contacto visual.
 - Postura relajada y firme.
 - Voz fuerte, firme y audible.
 - Expresión fácil y tono apropiados al mensaje.
 - Se asegura de la comprensión del mensaje.
- **Conducta verbal:**
 - Lenguaje directo, sin ambigüedades.
 - No evalúa la conducta de los demás.
 - Utilización de la palabra "yo" y afirmaciones cooperativas de "nosotros".
 - Pregunta por alternativas.
 - Expresa sus deseos y lo que piensa.

- **Sentimientos que experimenta:**
 - Entusiasmo.
 - Tranquilidad.
- Estilo de solución de problemas:
 - Negocia.
 - Confronta el problema cuando sucede.
 - No se deja ganar por sentimientos negativos.
- **Efectos:**
 - Aumento de la autoestima.
 - Incremento de la confianza personal.
 - Motiva y entiende.

4. EL ESTRÉS

El término estrés proviene de la física y la arquitectura y se refiere a la fuerza que se aplica a un objeto, que puede deformarlo o romperlo. En la Psicología, estrés suele hacer referencia a ciertos acontecimientos en los cuáles nos encontramos con situaciones que implican demandas fuertes para el individuo, que pueden agotar sus recursos de afrontamiento.

La definición del término estrés ha sido muy controvertida desde el momento en que se importó para la psicología por parte del fisiólogo canadiense Selye (1956). El estrés ha sido entendido:

- como reacción o respuesta del individuo (cambios fisiológicos, reacciones emocionales, cambios conductuales, etc.)
- como estímulo (capaz de provocar una reacción de estrés)
- como interacción entre las características del estímulo y los recursos del individuo.

En la actualidad, este último planteamiento, se acepta como el más completo. Así pues, se considera que el estrés se produce como consecuencia de un desequilibrio entre las demandas del ambiente (estresores internos o externos) y los recursos disponibles del sujeto. De tal modo, los elementos a considerar en la interacción potencialmente estresante son: variables situacionales (por ejemplo, del ámbito laboral), variables individuales del sujeto que se enfrenta a la situación y consecuencias del estrés.

El estrés puede ser definido como el proceso que se inicia ante un conjunto de demandas ambientales que recibe el individuo, a las cuáles debe dar una respuesta adecuada, poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento.

Cuando la demanda del ambiente (laboral, social, etc.) es excesiva frente a los recursos de afrontamiento que se poseen, se van a desarrollar una serie de reacciones adaptativas, de movilización de recursos, que implican activación fisiológica. Esta reacción de estrés incluye una serie de reacciones emocionales negativas (desagradables), de las cuáles las más importantes son: la ansiedad, la ira y la depresión.

4.1. ANSIEDAD Y ESTRÉS

Muchas veces ansiedad y estrés se usan como sinónimos, entendiendo en ambos casos un mismo tipo de reacción emocional, caracterizada por alta activación fisiológica. Sin embargo, existen tradiciones diferentes a la hora de estudiar ambos fenómenos.

El estrés es un proceso más amplio de adaptación al medio. La ansiedad es una reacción emocional de alerta ante una amenaza. Digamos que dentro del proceso de cambios que implica el estrés, la ansiedad es la reacción emocional más frecuente.

Muchos estímulos o situaciones pueden provocar en el individuo la necesidad de movilizar recursos para dar respuesta a las demanda de dicho estímulo, o para volver al estado inicial de equilibrio en el que se encontraba inicialmente. Al estímulo le llamamos estresor, o situación estresante.

4.2. DISTINTOS ENFOQUES EN EL ESTUDIO DEL ESTRÉS

Vamos a ver brevemente algunas cuestiones fundamentales que se estudian bajo el rótulo "estrés". Ello nos permitirá entender distintos puntos de vista a la hora de estudiar el estrés.

4.2.1. EL ESTRÉS COMO ESTÍMULO

El estrés ha sido estudiado como el estímulo o la situación que provoca un proceso de adaptación en el individuo. En distintos momentos se han investigado distintos tipos de estímulos estresores.

1. El estrés como estímulo: Los grandes acontecimientos.

Los acontecimientos vitales, catastróficos, incontrolables, impredecibles, como muerte de un ser querido, separación, enfermedad o accidente, despido, ruina económica, etc., son el tipo de situaciones estresantes que fueron más estudiadas en los años sesenta y setenta.

Como puede verse, se trata de situaciones de origen externo al propio individuo y no se atiende a la interpretación o valoración subjetiva que pueda hacer el sujeto

de las mismas. Serían situaciones extraordinarias y traumáticas, o sucesos vitales importantes, que en sí mismos producirían cambios fundamentales en la vida de una persona y exigirían un reajuste.

En esta línea se han llevado a cabo investigaciones sobre las relaciones entre cantidad de estrés y salud (por ejemplo, cuántos estresores han sufrido las personas que enferman).

2. El estrés como estímulo: Los pequeños contratiempos.

Se han estudiado también los acontecimientos vitales menores (daily hassles), o pequeños contratiempos que pueden surgir cada día (en el trabajo, las relaciones sociales, etc.) como estímulos estresores.

3. El estrés como estímulo: Los estímulos permanentes.

Así mismo, se han incluido los estresores menores que permanecen estables en el medio ambiente, con una menor intensidad pero mayor duración, como el ruido, hacinamiento, polución, etc.

4.2.2. EL ESTRÉS COMO RESPUESTA

Previo a esta concepción del estrés como estímulo, en los años cincuenta se había investigado la respuesta fisiológica no específica de un organismo ante situaciones estresantes, a la que se denominó Síndrome de Adaptación General y que incluía tres fases: alarma, resistencia y agotamiento.

Selye consideraba que cualquier estímulo podía convertirse en estresor siempre que provocase en el organismo la respuesta inespecífica de reajuste o reequilibrio homeostático, pero no incluía los estímulos psicológicos como agentes estresores. Hoy en día sabemos que los estímulos emocionales pueden provocar reacciones de estrés muy potentes.

4.2.3. EL ESTRÉS COMO INTERACCIÓN

En tercer y último lugar, el estrés no sólo ha sido estudiado como estímulo y como respuesta sino que también se ha estudiado como interacción entre las características de la situación y los recursos del individuo.

Desde esta perspectiva, se considera más importante la valoración que hace el individuo de la situación estresora que las características objetivas de dicha situación. El modelo más conocido es el modelo de la valoración de Lazarus (Lazarus y Folkman, 1986), que propone una serie de procesos cognitivos de valoración de la situación y valoración de los recursos del propio individuo para hacer frente a las consecuencias negativas de la situación.

El estrés surgiría como consecuencia de la puesta en marcha de estos procesos de valoración cognitiva. Si el sujeto interpreta la situación como peligrosa, o amenazante,

y considera que sus recursos son escasos para hacer frente a estas consecuencias negativas, surgirá una reacción de estrés, en la que se pondrán en marcha los recursos de afrontamiento para intentar eliminar o paliar las consecuencias no deseadas.

Según el modelo de Lazarus el proceso cognitivo de valoración de la situación supone una estimación de las posibles consecuencias negativas que pueden desencadenarse para el individuo. Si el resultado de esta valoración concluye que las consecuencias pueden ser un peligro para sus intereses, entonces valorará su capacidad de afrontamiento frente a este peligro potencial.

Si las consecuencias son muy amenazantes y los recursos escasos, surgirá una reacción de estrés. La reacción de estrés será mayor que si la amenaza no fuera tan grande y los recursos de afrontamiento fuesen superiores.

Una vez que ha surgido la reacción de estrés el individuo seguirá realizando revaluaciones posteriores de las consecuencias de la situación y de sus recursos de afrontamiento, especialmente si hay algún cambio que pueda alterar el resultado de sus valoraciones. Estas revaluaciones son continuas y pueden modificar la intensidad de la reacción, disminuyéndola o aumentándola.

Toda persona hace constantes esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar adecuadamente las situaciones que se le presentan, por lo tanto no todo el estrés tiene consecuencias negativas. Sólo cuando la situación desborda la capacidad de control del sujeto se producen consecuencias negativas. Este resultado negativo se denomina *distrés*, a diferencia del estrés positivo, o *eustrés*, que puede ser un buen dinamizador de la actividad conductual (laboral, por ejemplo).

4.3. ESTRÉS LABORAL

Desde la entrada en vigor de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, en 1995, se ha dado un impulso a los aspectos relacionados con la Salud Laboral, entre los factores desencadenantes de distintos problemas de salud, deterioro de las relaciones interpersonales, absentismo y disminución de la productividad, se encuentra el estrés.

La Comisión Europea, a través de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo (1999) ha realizado un estudio sobre el estrés laboral en el que concluye que el 28% de los trabajadores europeos padece estrés y el 20% burnout (se sienten "quemados" en su trabajo), siendo los sectores más afectados los trabajos manuales especializados, el transporte, la restauración y la metalurgia.

Los altos costes personales y sociales generados por el estrés laboral, han dado lugar a que organizaciones internacionales como la Unión Europea y la OMS insistan cada vez más en la importancia que tienen la prevención y el control del estrés en el ámbito laboral.

4.3.1. SÍNTOMAS QUE PUEDE PROVOCAR EL ESTRÉS LABORAL

El estrés supone una reacción compleja a nivel biológico, psicológico y social. La mayor parte de los cambios biológicos que se producen en el organismo cuando está sometido a una reacción de estrés no son perceptibles para el ser humano y se precisan procedimientos diagnósticos para determinar el nivel de la reacción.

Sin embargo, a nivel psicológico muchos síntomas producidos por el estrés pueden ser fácilmente identificados por la persona que está sufriendo dichos cambios. La reacción más frecuente cuando nos encontramos sometidos a una reacción de estrés es la ansiedad.

Los síntomas de ansiedad más frecuentes son:

1. A nivel cognitivo-subjetivo:

- preocupación,
- temor,
- inseguridad,
- dificultad para decidir,
- miedo,
- pensamientos negativos sobre uno mismo
- pensamientos negativos sobre nuestra actuación ante los otros,
- temor a que se den cuenta de nuestras dificultades,
- temor a la pérdida del control,
- dificultades para pensar, estudiar, o concentrarse, etc.

2. A nivel fisiológico:

- sudoración,
- tensión muscular,
- palpitaciones,
- taquicardia,
- temblor,
- molestias en el estómago,
- otras molestias gástricas,

- dificultades respiratorias,
- sequedad de boca,
- dificultades para tragar,
- dolores de cabeza,
- mareo,
- náuseas,
- molestias en el estómago,
- tiritar, etc.

3. A nivel motor u observable:

- evitación de situaciones temidas,
- fumar, comer o beber en exceso,
- intranquilidad motora (movimientos repetitivos, rascarse, tocarse, etc.),
- ir de un lado para otro sin una finalidad concreta,
- tartamudear,
- llorar,
- quedarse paralizado, etc.

El estrés, además de producir ansiedad, puede producir enfado o ira, irritabilidad, tristeza-depresión, y otras reacciones emocionales, que también podemos reconocer.

Pero además de estas reacciones emocionales podemos identificar claramente otros síntomas producidos por el estrés, como son el agotamiento físico, la falta de rendimiento, etc.

Finalmente, si el estrés es muy intenso y se prolonga en el tiempo, puede llegar a producir enfermedades físicas y desórdenes mentales, en definitiva problemas de salud.

4.3.2. CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS LABORAL

Inicialmente el estrés puede dinamizar la actividad del individuo provocando un proceso de incremento de recursos (atención, memoria, activación fisiológica, rendimiento, etc.) que hace aumentar la productividad. Sin embargo, cuando este proceso de activación es muy intenso o dura mucho tiempo, los recursos se agotan y llega el cansancio, así como la pérdida de rendimiento.

Para realizar tareas complejas, o para aumentar la velocidad en tareas simples, se necesita un cierto grado de activación. Sin embargo, un exceso de activación dificulta la realización de dichas actividades.

Las consecuencias negativas del estrés son múltiples, pero a grandes rasgos, cabe señalar su influencia negativa sobre la salud, así como sobre el deterioro cognitivo y el rendimiento.

El estrés puede influir negativamente sobre la salud por varias vías, como son:

- 1) por los cambios de hábitos relacionados con la salud,
- 2) por las alteraciones producidas en los sistemas fisiológicos (como el sistema nervioso autónomo y el sistema inmune) y
- 3) por los cambios cognitivos (pensamientos) que pueden afectar a la conducta, las emociones y la salud.

En primer lugar: el estrés modifica los hábitos relacionados con salud, de manera que con las prisas, la falta de tiempo, la tensión, etc., aumentan las conductas no saludables, tales como fumar, beber, o comer en exceso, y se reducen las conductas saludables, como hacer ejercicio físico, guardar una dieta, dormir suficientemente, conductas preventivas de higiene, etc.

Estos cambios de hábitos pueden afectar negativamente a la salud y, por supuesto, pueden desarrollarse una serie de adicciones, con consecuencias muy negativas para el individuo en las principales áreas de su vida, como son la familia, las relaciones sociales, el trabajo, la salud, etc. Veamos algunos datos:

- 1) en algunas profesiones altamente estresantes hay tasas más altas de tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones;
- 2) esto también es cierto en trabajadores desempleados, frente a lo que tienen trabajo;
- 3) las personas con obesidad presentan niveles de ansiedad más altos que las personas que no presentan obesidad;
- 4) los trastornos de alimentación (anorexia y bulimia) también están muy ligados con ansiedad;
- 5) muchas personas con fobia social tienen problemas con el alcohol.

A su vez, el desarrollo de hábitos perniciosos para salud, como es el caso de las adicciones, hace aumentar el estrés. Los programas de intervención para la reducción del peso, o los programas de intervención en adicciones, o el tratamiento de los trastornos de alimentación, etc., deben incluir técnicas de reducción de ansiedad y manejo del estrés, pues cuando así se hace mejoran su eficacia.

En segundo lugar: el estrés puede producir una alta activación fisiológica que, mantenida en el tiempo, puede ocasionar disfunciones psicofisiológicas o psicósomáticas, tales como dolores de cabeza tensionales, problemas cardiovasculares, problemas

digestivos, problemas sexuales, etc. (Labrador y Crespo, 1993); a su vez, el estrés puede producir cambios en otros sistemas, en especial puede producir una inmunodepresión que hace aumentar el riesgo de infecciones (como la gripe) y puede aumentar la probabilidad de desarrollar enfermedades inmunológicas, como el cáncer (Cano Vindel y Miguel Tobal, 1994). Veamos datos:

- 1) los pacientes hipertensos presentan niveles de ansiedad e ira más altos que las personas con presión arterial normal;
- 2) las personas que sufren arritmias, cefaleas, asma, trastornos de piel, disfunciones sexuales, trastornos digestivos, contracturas musculares, etc., por lo general presentan altos niveles de ansiedad;
- 3) los estudiantes en época de exámenes (su principal periodo de estrés) son más vulnerables a la gripe o a enfermedades infecciosas de tipo pulmonar, siendo más vulnerables las personas con alta ansiedad a los exámenes.

Los programas de entrenamiento en reducción de ansiedad mejoran el bienestar psicológico en todos estos casos, pero también disminuyen la activación fisiológica y mejoran los síntomas físicos de estas enfermedades (reducción de la presión arterial, disminución de la taquicardia en las arritmias, eliminación del dolor en las cefaleas, etc.

En tercer lugar, el estrés puede desbordar al individuo de manera que comience a desarrollar una serie de sesgos o errores cognitivos en la interpretación de su activación fisiológica, o de su conducta, o de sus pensamientos, o de algunas situaciones, que a su vez le lleven a adquirir una serie de temores irracionales, fobias, etc., que de por sí son un problema de salud (los llamados trastornos de ansiedad), pero que a su vez pueden seguir deteriorando la salud en otras formas.

Por ejemplo: una persona sometida a estrés prolongado puede llegar a desarrollar ataques de pánico, o crisis de ansiedad, que son fuertes reacciones de ansiedad, que el individuo no puede controlar, con fuertes descargas autonómicas, temor a un ataque al corazón, etc.

Durante esta crisis el individuo interpreta erróneamente su activación fisiológica y piensa que le faltará el aire (cuando realmente está hiperventilando), o que morirá de un ataque al corazón, o que se mareará y caerá al suelo, o que se volverá loco, etc. Posteriormente, estos ataques de pánico suelen complicarse con una agorafobia (evitación de ciertas situaciones que producen ansiedad), con una dependencia de los ansiolíticos, a veces con reacciones de depresión por no poder resolver su problema, etc. (Peurifoy, 1993; Cano Vindel, 2002). Estos trastornos de ansiedad son mucho más frecuentes en mujeres que en varones (de 2 a 3 veces más frecuentes), pero por lo general una crisis de ansiedad coincide con un periodo de mucho de estrés que se ha prolongado un cierto tiempo. Entre un 1,5% y un 3,5% de la población sufre trastornos de pánico con o sin agorafobia. La edad de aparición se encuentra entre los 17 y los 35 años, justo en su edad más productiva.

El estrés también puede ocasionar una serie de perturbaciones sobre los procesos cognitivos superiores (atención, percepción, memoria, toma de decisiones, juicios, etc.) y un deterioro del rendimiento en contextos académicos o laborales (Cano Vindel y Miguel Tobal, 1996), laborales (Cano Vindel y Miguel Tobal, 1995), etc. Así, por

ejemplo, los estudiantes con alta ansiedad de evaluación presentan una disminución del rendimiento, mientras que los programas de entrenamiento en reducción de ansiedad a los exámenes no sólo reducen ésta, sino que mejoran el rendimiento académico, aumentando la nota media.

El estudio de cómo el estrés provoca interferencias sobre los llamados procesos cognitivos superiores y sobre el rendimiento se ha llevado a cabo fundamentalmente desde una perspectiva cognitivo-emocional y, sin duda, la emoción con la que más se ha trabajado a la hora de estudiar esta influencia negativa sobre los procesos cognitivos ha sido la ansiedad.

4.3.3. EPIDEMIOLOGÍA Y COSTES DEL ESTRÉS LABORAL

Según un estudio de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo (1999) el 28% de los trabajadores europeos padece estrés:

- el 20% padece burnout.
- más de la mitad de los 147 millones de trabajadores afirman que trabajan a altas velocidades y con plazos ajustados.
- más de un tercio no pueden ejercer ninguna influencia en la ordenación de las tareas.
- más de un cuarto no puede decidir sobre su ritmo de trabajo.
- un 45% afirma realizar tareas monótonas.
- para un 44% no hay posibilidad de rotación.
- el 50% realiza tareas cortas repetitivas.
- se piensa que estos «estresores» relacionados con el trabajo han contribuido a importantes manifestaciones de enfermedad:
 - un 13% de los trabajadores se quejan de dolores de cabeza.
 - un 17% de dolores musculares.
 - un 20% de fatiga.
 - un 28% de «estrés».
 - un 30% de dolor de espalda.
 - muchos otros, de enfermedades que pueden poner en peligro la vida.

Una estimación moderada de los costes que origina el estrés relacionado con el trabajo apunta a unos 20.000 millones de euros anuales.

Como puede verse en este resumen, no se han considerado otros costes que suele

acarrear el estrés como es el caso de los desórdenes mentales, principalmente los trastornos de ansiedad. Más de un 15% de personas (según los estudios más recientes, esta cifra podría alcanzar incluso el 25%) a lo largo de su vida sufrirán algún trastorno de ansiedad, como por ejemplo ataques de pánico y agorafobia, que lo padecen entre un 1'5 y un 3'5% de personas. El estrés laboral puede ser un factor de vulnerabilidad para llegar a sufrir este tipo de trastornos, aunque no es el único.

Las personas estresadas acuden generalmente en primera instancia al médico. Sus quejas más habituales suelen ser ansiedad, dolor y depresión. Pues bien, en el año 2001, si tenemos en cuenta los datos "sólo" de la receta médica oficial, en España se consumieron casi 35 millones de envases de fármacos de tipo ansiolítico o tranquilizante. Casi un envase por habitante.

En cuanto a los depresivos, de los tipos que hoy en día más se consumen, en el mismo año se recetaron oficialmente más de 14 millones de envases.

De las personas que acuden al médico de atención primaria, el 21% de los pacientes consume ansiolíticos y/o antidepresivos.

De todas estas cifras sobre abuso de fármacos lógicamente no podemos hacer responsable al estrés laboral. Sin embargo, el estrés laboral también es responsable de una parte de este problema.

4.3.4. FACTORES PSICOSOCIALES QUE INCIDEN EN EL ESTRÉS LABORAL

El estrés hoy en día se considera como un proceso interactivo en el que influyen los aspectos de la situación (demandas) y las características del sujeto (recursos). Si las demandas de la situación superan a los recursos del individuo, tenderá a producirse una situación de estrés en la que el individuo intentará generar más recursos para atender las demandas de la situación.

Los factores psicosociales que inciden en el estrés laboral tienen que ver con las demandas de la situación (o contexto laboral) y con las características del individuo. La importancia que las características contextuales (entorno de trabajo) tienen para determinar la respuesta del individuo está en función del grado de precisión o ambigüedad que dicho contexto presente. Es decir, cuando una situación tiene mucha "fuerza", las variables personales son poco importantes porque el comportamiento está muy pautado. Por el contrario, si la situación no es clara, se presta a la interpretación del sujeto. En este caso, las características del individuo son más determinantes de su conducta.

¿Existen profesiones más estresantes que otras? Obviamente, sí. La naturaleza de cada trabajo exige una mayor o menor cantidad de recursos a los trabajadores, independientemente de sus diferencias individuales. Unos trabajos exigen prisa, inmediatez, otros exigen precisión, exactitud, otros exigen un gran esfuerzo físico, otros un gran esfuerzo mental, otros acarrear una gran responsabilidad, pues las consecuencias de un error pueden ser vitales, etc.

En el ámbito laboral, los estresores que se presentan influyen de forma importante en el sujeto. Como se muestra en la tabla 2 (Casalnova y Di Martino, 1994), existen

profesiones con niveles de estrés más altos que otros. En esta tabla, elaborada por el Instituto de Ciencia y Tecnología de la Universidad de Manchester, se evalúa el grado de estrés de las distintas profesiones de 0 a 10.

Tabla 2. Nivel de estrés en determinadas profesiones (Casalnova y Di Martino, 1994)

| | |
|---------------------------------|-----|
| Mineros | 8,3 |
| Policías | 7,7 |
| Trabajadores de la construcción | 7,5 |
| Pilotos de líneas aéreas | 7,5 |
| Periodistas | 7,5 |
| Dentistas | 7,3 |
| Médicos | 6,8 |
| Enfermeros | 6,5 |
| Conductores de ambulancia | 6,3 |
| Músicos | 6,3 |
| Profesores | 6,2 |
| Directores de personal | 6,0 |

La consecuencia inmediata que se puede extraer de la tabla anterior es que existen situaciones laborales objetivas, con mucha fuerza contextual que son potencialmente más estresantes que otras. Al menos, así son valoradas por las muestras de los distintos colectivos de trabajadores que han sido seleccionados en este estudio (Merín Reig, Cano Vindel y Miguel Tobal, 1995, p. 118).

Ahora bien, además de tener en cuenta la profesión, el contexto laboral, debemos tener en cuenta las diferencias individuales. Así, dos personas en un mismo puesto de trabajo pueden responder de manera muy diferente. Por ejemplo, uno puede estresarse y otro no.

Cualquier situación o condición que presiona al individuo en su actividad laboral puede provocar la reacción de estrés. E incluso, en ocasiones, aunque la situación objetivamente no sea muy estresante (por ejemplo, puede que sea agobiante para un individuo, pero que no lo sea para otro), si un individuo interpreta dicha situación como un peligro, o como una amenaza potencial, surgirá la reacción de estrés.

Por lo tanto, aunque hagamos un listado exhaustivo de factores que pueden desencadenar estrés, dicho listado será siempre incompleto. No obstante los

siguientes factores han sido recogidos en un amplio informe sobre el estrés laboral de la Comisión Europea (2000):

- Exceso y falta de trabajo.
- Tiempo inadecuado para completar el trabajo de modo satisfactorio para nosotros y para los demás.
- Ausencia de una descripción clara del trabajo, o de la cadena de mando.
- Falta de reconocimiento o recompensa por un buen rendimiento laboral.
- No tener oportunidad de exponer las quejas.
- Responsabilidades múltiples, pero poca autoridad o capacidad de tomar decisiones.
- Superiores, colegas o subordinados que no cooperan ni nos apoyan.
- Falta de control o de satisfacción del trabajador por el producto terminado fruto de su trabajo.
- Inseguridad en el empleo, poca estabilidad de la posición.
- Verse expuesto a prejuicios en función de la edad, el sexo, la raza, el origen étnico o la religión.
- Exposición a la violencia, a amenazas o a intimidaciones.
- Condiciones de trabajo físico desagradables o peligrosas.
- No tener oportunidad de servirse eficazmente del talento o las capacidades personales.
- Posibilidad de que un pequeño error o una inatención momentáneos tengan consecuencias serias o incluso desastrosas.
- Cualquier combinación de los factores anteriores

4.4. NORMAS BÁSICAS PARA LA PREVENCIÓN DE PROBLEMAS DE ANSIEDAD Y ESTRÉS

La ansiedad y el estrés dependen de múltiples factores, tanto situacionales como personales, por lo tanto son muchas las variables sobre las que podemos incidir para conseguir prevenir o reducir la ansiedad y el estrés.

A nivel personal y de manera muy general, si tenemos en cuenta ambos tipos de factores (situaciones e individuos) cabría señalar algunas variables importantes sobre las que podemos incidir:

1. La dieta:

- Conviene comer sano, evitando las comidas que sobrecargan a nuestro organismo con pesadas digestiones u otras consecuencias negativas a corto, medio o largo plazo (obesidad, colesterol, etc.).
- Usar el tiempo de comer como momento de descanso y ruptura con nuestras actividades profesionales.
- Es bueno aprovechar la comida para hacer vida social y familiar.
- No abusar del alcohol en las comidas.

2. Descanso:

- Dormir lo suficiente, en torno a ocho horas.
- Tomar vacaciones y fines de semana como tiempo de ocio y descanso.
- Fomentar las relaciones sociales como alternativa al trabajo.
- Dejar el trabajo en la oficina (tanto los papeles, como las preocupaciones).

3. Ejercicio físico:

- La práctica moderada de algún deporte o ejercicio físico ayuda a relajarnos.
- Andar todos los días al menos treinta minutos.
- Utilizar las actividades de ejercicio físico para airearnos (naturaleza) y airear nuestros pensamientos charlando relajadamente con familiares o amigos.

4. Organización:

- La organización del tiempo y de nuestras actividades, estableciendo horarios, es fundamental para poder descansar, no estar preocupados, no sufrir continuos sobresaltos, olvidos importantes, etc.
- No llegar tarde a las citas, contando con los pequeños retrasos habituales para estar a tiempo.
- Saber seleccionar actividades cuando no podemos hacer todo.

5. Solución de problemas y toma de decisiones:

- No dejar pasar los problemas: afrontarlos de una manera más activa o más pasiva, pero decidiendo qué es lo mejor en cada caso.
- Tomar decisiones siguiendo un proceso lógico: planteamiento del problema, análisis de alternativas (pros y contras), elección de la menos mala. No volver atrás.

- No analizar continuamente el problema o las alternativas: esto produce ansiedad.

6. Interpretación de situaciones y problemas:

- El estrés que nos produce un problema o situación depende de las consecuencias que prevemos, pero a veces exageramos las consecuencias negativas (hipervaloramos la probabilidad de que ocurra algo malo, hacemos un análisis catastrofista de las consecuencias, realizamos una interpretación negativa de una situación ambigua, llevamos a cabo anticipaciones negativas y empezamos a sufrir un problema que no existe, etc.).
- Si estamos nerviosos: entender que es natural, la ansiedad es tan natural como el miedo, la alegría o el enfado, y no preocuparnos aún más porque estamos activados o nerviosos.
- Actuar con naturalidad, no evitar los problemas, no estar preocupados por lo que los otros puedan pensar de nosotros o de nuestro problema.
- Es bueno saber que los demás no perciben nuestros síntomas de ansiedad con la misma intensidad que nosotros los estamos experimentando.
- Es bueno pensar que los demás también tienen ansiedad y que cuando nosotros notamos su ansiedad no les condenamos (¿por qué tenemos que ser más severos con nosotros mismos que con otros?).
- No añadir elementos accesorios al problema.

7. Atribuciones y autoestima:

- Si hemos hecho bien una cosa, reconocer nuestra propia autoría y felicitarnos por ello (no ha sido la suerte, sino nuestro esfuerzo y nuestra capacidad).
- Si hemos hecho mal una cosa, no echar balones fuera, reconocer que hemos actuado mal en esta ocasión, analizar nuestros errores y corregirlos, sin culpas, sin pensamientos negativos sobre uno mismo ("esta vez lo he hecho mal, debo corregirlo").
- Es bueno querernos y tratarnos bien.

8. Relaciones con los demás (pareja, amigos, compañeros, familia, etc.):

- Reforzar las conductas positivas de las personas de nuestro entorno, con aprobación, halagos, sonrisas, pequeños detalles, etc.
- Corregir las conductas negativas de las personas de nuestro entorno, dándoles la información a tiempo y nuestra desaprobación, pero sin broncas, sin culpas, ni otros castigos.
- No sacar continuamente los problemas del pasado, las culpas de los demás (ya los perdonamos).

- Recordar siempre que una pareja en crisis intercambia muchos castigos y pocos refuerzos, justo lo contrario de una pareja sin problemas.

9. Entrenamiento específico en técnicas de control de ansiedad y estrés:

- Practicar la relajación con cierta asiduidad en los momentos en los que nos encontramos peor, dedicándonos algún tiempo a nosotros mismos.
- Leer algún libro bueno de autoayuda para aprender a pensar bien, eliminando algunos pensamientos erróneos, ideas irracionales, etc., que nos estresan.
- Exponerse poco a poco a las situaciones que tenemos pánico.
- Aprender a decir no, cuando nos cuesta mucho, pero sabemos que es mejor decir no.
- Practicar nuestras mejores habilidades sociales.
- Si tenemos dificultades, no sabemos poner en marcha estas actividades que nos pueden ayudar a controlar nuestro estrés, a reducir nuestra ansiedad, ponernos en manos de un buen especialista. Si seguimos sus indicaciones, nos ayudará a recuperar el bienestar y la salud.

5. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA BIOÉTICA

Debido a que vivimos en una sociedad pluralista en donde es prácticamente impensable elaborar una bioética normativa válida para todos, es preferible partir de una bioética de mínimos, que es la que trata de apoyarse en unos principios asumibles para la mayoría de las personas en una sociedad pluralista.

5.1. PRINCIPIO DE NO-MALEFICENCIA/BENEFICENCIA

Obliga a “hacer el bien” a un individuo (el enfermo) ayudándole y respetando sus derechos y su dignidad.

Este principio empalma con dos principios más: El principio hipocrático “evitando todo mal y toda injusticia” y con el latino de “primun non nocere” (ante todo no dañar), que conjuntamente se pueden enlazar con la frase “haz el bien y evita el mal”.

Si el de beneficencia obliga a hacer el bien, el de Non-Maleficencia declara que nunca está permitido hacer un mal a otro, aunque este nos lo autorice. Es decir, decreta el respeto a la vida, la salud, la integridad física y la evolución natural de las personas, incluso en los casos en que estas den permiso para hacer lo contrario. Mientras que no siempre es obligatorio hacer el bien (p.ej.: en contra de la voluntad razonable del que lo recibe o a costa de un grave perjuicio personal del que lo practica), en cambio siempre se está obligado a no hacer nada.

En cuanto a la actuación de los profesionales sanitarios, debe ir encaminada, en todo momento, a poner el máximo empeño por atender bien al paciente y a obtener el

mayor beneficio para el paciente utilizando para mejorar su salud, razonablemente, todos los medios disponibles para tal fin. Este principio resume la actitud básica humana de ayudar a otro hombre.

La ética de beneficencia puede quedar definida como aquella cuyo "principio sostiene que las finalidades de la actividad sanitaria y los deberes y las virtudes de sus profesionales se expresan en los términos tanto de los bienes que deben buscarse en beneficio de los pacientes como de los males que deben evitarse".

Cabe hacerle una crítica a este principio, que ha legitimado el llamado "paternalismo médico", con la consiguiente pérdida de libertad de elección y decisión del enfermo. En el ambiente europeo suele ser el principio que más prima sobre los otros, mientras que en el mundo norteamericano prima el principio de autonomía sobre el resto.

5.2. PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

Este principio, que ha fundado el derecho del paciente, podría formularse así: todo ser humano posee completa libertad para ordenar sus actos y para disponer de sus propiedades y de su persona como mejor le parezca, dentro de los límites de la ley natural, sin necesidad de pedir permiso y sin depender de la voluntad de otra persona.

Este principio, superando el paternalismo que anula al enfermo lo convierte en un menor de edad, subraya el respeto a la persona (como fin, no como medio), a sus propias convicciones, opciones y elecciones que deben ser protegidas.

Eso sí: en el caso de que el enfermo pida voluntaria y conscientemente a los profesionales que sean ellos quienes decidan responsablemente sobre cualquier aspecto de la enfermedad o de los cuidados, estos no pueden negarse (hacerlo se podría interpretar deontológicamente como faltar a una obligación moral).

Igualmente, si el enfermo estima que su calidad de vida es ínfima, y no desea que se le siga prolongando innecesariamente, no deberá ser tratado contra su voluntad. Pero este respeto de su autonomía no exime que le sigan controlando los síntomas de su enfermedad, además de continuar apoyándolo hasta el desenlace biológico natural de su muerte, ni mucho menos autoriza la práctica eutanasia.

Este principio, en resumen, se basa en la convicción de que el hombre, aun estando enfermo, es un ser autónomo y libre, capaz de tomar sus propias decisiones vitales (decisión sobre su vida, su muerte y los tratamientos médicos que se le vayan a administrar), y por lo tanto merece ser respetado y tenido en cuenta (esto se traduce en no tratar a un paciente competente contra su voluntad).

Lógicamente, la autonomía, será mayor en función del grado de información que se posea. Siendo esto así, el consentimiento informado se establece como el principio rector de la relación entre el enfermo y los profesionales, apoyado en el derecho que tiene todo enfermo a ser informado con veracidad y confidencialidad de su estado real. A mayor información, mejor posibilidad de deliberación, mejor elección y, por ello, mas autonomía.

5.3. PRINCIPIO DE JUSTICIA

Este imperativo de la bioética obliga a no cometer daño ni injusticia al enfermo.

Este principio puede condenarse en la máxima que sostenía el jurista romano Ulpiano (Siglo III), que identificaba justicia con equidad:

“la constante y perpetua voluntad de dar a cada uno su derecho, dar a cada uno lo suyo”.

Esta justicia o equidad no significa que se deba tratar a todos los pacientes de la misma forma, pero sí que cada uno tenga acceso a los servicios médicos adecuados, dignos y básicos.

Este principio tiene el referente hipocrático de:

“no permitiré consideraciones de religión, nacionalidad, raza, partido político o categoría social para mediar entre mi deber y mi paciente”.

Este principio decreta que todos los hombres tenemos igual dignidad y merecemos igual consideración y respeto. Bien entendido, este principio impediría toda discriminación por cualquier circunstancia y exigiría la distribución equitativa de unos recursos insuficientes en la sociedad (el mayor beneficio para el mayor número de personas). Llevaría, por tanto, a respetar los derechos de terceros y no solo los del enfermo en cuestión.

5.4. LOS DILEMAS ÉTICOS

Los avances en el campo de la tecnología han sido espectaculares en las últimas décadas. La misma cultura ha provocado un cambio en la mentalidad para el análisis de determinados problemas. La novedad y el cambio son los dos factores que han provocado los desafíos actuales en torno al tema de la vida.

La grave dificultad que hoy se presenta es precisamente el gran pluralismo que existe en nuestra sociedad, donde no es fácil ponerse de acuerdo para la valoración ética de estas conductas. Podríamos enfrentarnos, fundamentalmente, a problemas como la eugenesia, la fecundación artificial, la pena de muerte, el suicidio, la huelga de hambre, la guerra, la ecología, los trasplantes y donación de órganos, la experimentación sobre seres humanos, los psicofármacos etc. pero por el interés que reviste para los profesionales sanitarios, expondremos tres dilemas bioéticos: la ingeniería genética, el aborto y la eutanasia y el derecho a morir con dignidad.

A. La ingeniería genética

a. Concepto

La técnica ha hecho posible los avances espectaculares que se han ido dando a lo largo de la historia. Desde los tiempos más primitivos, el hombre se ha valido de su inteligencia para poner a su servicio las fuerzas ocultas de la naturaleza, violentando de alguna manera los procesos naturales para conseguir otros nuevos objetivos.

Las grandes revoluciones técnicas han marcado los momentos fundamentales del progreso y no cabe duda de que estos últimos años se caracterizan significativamente por los nuevos descubrimientos en el mundo de la biología molecular y de la bioquímica. Hemos comenzado la era de la ingeniería genética.

Aunque el término se utilizaba, en ocasiones, con un sentido amplio, incluyendo los nuevos métodos de fecundación, el diagnóstico prenatal, el análisis genético, etc. aquí lo entendemos de forma más exacta como el conjunto de técnicas capaces de intervenir directamente sobre el material genético y las estructuras y mecanismos moleculares responsables de transmitir los caracteres hereditarios. Tampoco parece oportuno designarlo como "manipulación genética" por el carácter peyorativo e ilícito que de ordinario revise cualquier tipo de manipulación.

Como sabemos, la célula es la unidad estructural mínima con capacidad para vivir de forma autónoma. El cáncer no es sino una célula que rompe la armonía del conjunto.

En los organismos pluricelulares, las diversas funciones son prestadas por diferentes tipos de células que forman los correspondientes tejidos.

Las proteínas son uno de los elementos más importantes de la célula por sus múltiples servicios que prestan para su buen funcionamiento. Son macromoléculas formadas por un gran número de aminoácidos unidos. Según la sucesión de los mismos, la proteína estará capacitada para realizar una tarea específica.

Todo organismo vivo está en un estado constante de renovación.

El conjunto de todas estas reacciones constituye el metabolismo del ser vivo. Para que la célula funcione, no solo necesita estas proteínas especializadas, sino también la capacidad de producirlas para reemplazar a las que van siendo destruidas.

Aunque se conocía desde la antigüedad el fenómeno de la herencia, fue Mendel, en el siglo pasado, quien demostró como la transmisión de los caracteres hereditarios era regulada por un factor existente en la célula. A este factor se le designó con el nombre del gen.

En ese momento, la genética, se centró en estudiar todos los mecanismos relacionados con la herencia para ver donde se localizaba y saber cual era su propiedad, estructura y función. A partir de 1953, cuando Watson y Crick proponen el modelo estructural y funcional del ADN, comienza el desarrollo de la genética molecular.

Este desarrollo de la biología y el conocimiento cada vez más exacto de la estructura y función de los genes han permitido los primeros intentos en el campo de la ingeniería genética, como el aislamiento de genes específicos, su inserción en el ADN de las células pertenecientes a otras especies y la fusión de enteros patrimonios genéticos.

Entre las técnicas más utilizadas está la posibilidad, mediante unos enzimas de restricción, de cortar un fragmento del ADN, correspondiente a un determinado gen, para introducirlo, con diferentes procedimientos, en el ADN de una bacteria y formar un ADN recombinante, capaz de producir, con una rapidez mucho mayor que en el organismo humano, una proteína concreta.

De la misma manera que el arquitecto diseña a su gusto los elementos de un edificio, el biólogo podrá proyectar para el futuro nuevos organismos vivos genéticamente diferentes, programar el tipo de información que un organismo necesita para desempeñar determinadas funciones biológicas, sintetizar las moléculas portadoras de tal información y hasta soñar un día con la posibilidad de arreglar o sustituir aquellos genes o cromosomas causantes de graves patologías.

El término de ingeniería genética expresa con precisión este trabajo de verdadera artesanía, que abre un horizonte impresionante de esperanzas.

Las perspectivas son grandes también en el campo de las vacunas para crear anticuerpos, que se adaptan perfectamente a los organismos extraños que invaden nuestro cuerpo y bloquean su actividad impidiendo la infección. Se trataría de Instruir a una bacteria para que sintetice aquellas proteínas que deberán responder a esos elementos patógenos.

b. La terapia genética en el hombre

En el campo de la medicina es donde la ingeniería genética ha despertado mayores expectativas (y temores), con la esperanza de encontrar una terapia a muchas enfermedades que tienen su origen en una patología de los cromosomas o de los genes.

En teoría son posibles tres formas de intervención: Introducción de un gen en la célula para que corrija su anomalía, modificación de un gen en el interior mismo de la célula para normalizarlo en sus funciones, o sustituir el gen o cromosoma anómalo por otro en buenas condiciones.

Semejante terapia genética podría realizarse sobre las células somáticas, cuya modificación no afectaría en nada a la descendencia, o sobre las propias células germinales, lo que evitaría la transmisión de la enfermedad a los hijos.

En las circunstancias actuales, solo la primera de las tres intervenciones sería aplicable al hombre, pues ni la modificación ni la sustitución del material genético resultan técnicamente viables, aunque no se excluye su posibilidad para un futuro más o menos lejano.

La técnica del ADN recombinante ha servido, sin embargo, para detectar la presencia de genes anómalos en individuos que no han manifestado aun la presencia de enfermedad. El diagnóstico pre y postnatal encontraría en ella una ayuda inestimable para diagnosticar sin ambigüedades, o con una elevada posibilidad, la existencia de ciertas alteraciones.

c. La dimensión ética del problema

Sin caer en ningún sensacionalismo optimista o negativo, hay que reconocer que el hombre ha comenzado una nueva aventura, en la que las ilusiones, por los beneficios incalculables que se vislumbran, y los temores, por los peligros que comporta la manipulación y sus posibles consecuencias, se entremezclan y condicionan. ¿Cómo valorar esta situación donde una perspectiva ética?

Es verdad que la motivación básica para exigir una cierta regulación era el miedo a los riesgos y amenazas de unas experiencias sin control, que podrían afectar al hombre y al medio ambiente.

El tiempo y la práctica han demostrado que la mayoría de estos trabajos no resultan tan peligrosos como se temía cuando se efectuaban como las correspondientes medidas de seguridad. A pesar de ello, son muchos los comités de ética que se han fundado para regular, dentro de unos límites mínimos todo este tipo de experimentos.

d. Amenazas posibles

Esto supondría, en primer lugar, excluir aquellos objetivos que no estén orientados hacia el bien de la humanidad. Se ha hablado sobre las aplicaciones de estas técnicas para la estrategia militar. La tecnología desencadenaría aquí una nueva carrera de armamentos, en la que estos serían los microorganismos mortales, contra los que no existe ninguna defensa. Tales bacterias genéticamente reprogramadas resistirían a cualquier tipo de antibiótico o vacuna actualmente conocida.

Como la física atómica, la microbiología encierra también una doble alternativa: ser una ayuda benéfica o convertirse en un elemento destructor.

Entre las consecuencias trágicas que pudieran provocarse, sin ninguna intencionalidad perversa, estaría la fuga de esos elementos patógenos, que podría provocar una contaminación de carácter epidémico, o algunas patologías como el cáncer, a través de transferencias de genes potencialmente productores. Tampoco habrá que olvidar el peligro existente si se llegara a romper el equilibrio ecológico, necesario para el bienestar del hombre, con la presencia de nuevas plantas y especies.

e. El respeto a la dignidad del hombre

Parece elemental que el hombre no puede ser utilizado como un simple objeto de laboratorio, con la esperanza de nuevos progresos y descubrimientos. Si el mundo infrahumano, aun dentro del respeto elemental que también merece, queda subordinado al bien de la persona, esta no constituye ningún medio que se deba sacrificar para otros objetivos.

La dignidad e integridad de su ser impiden rebajarlo a un nivel que lo degrada como fin y lo convierte en vulgar instrumento.

Algún científico eminente, ya ha manifestado su opinión de que los beneficios que pueden derivarse superan con mucho a las dificultades que se presentan contra la experimentación en embriones, y que la urgencia por saber esta por encima del respeto que merece un feto precoz.

Es verdad que algunos dejan un margen para este tipo de experiencias, durante los primeros catorce días, por considerar que solo a partir del momento de la animación la vida se individualiza y adquiere un respeto absoluto. Es el plazo que aceptan también determinadas legislaciones civiles, pero no es ningún secreto afirmar que son muchos los experimentos que se hacen sobre embriones en estadios avanzados, con la finalidad de obtener datos interesantes para el progreso de las ciencias.

Difícilmente se podrán justificar estas prácticas, si no queremos que el ser humano se convierta en un campo de experimentación para ponerlo al servicio de otros intereses.

Por eso, no parecen lícitos los intentos de unir gametos de hombres y animales en busca de producir una fecundación híbrida; la gestación de embriones humanos

en úteros de animales; ni el empleo de incubadoras exclusivamente artificiales para el desarrollo de un embarazo; sin ninguna razón terapéutica o exigida para la supervivencia del ser existente.

No hay justificación tampoco, aunque por el momento no sea posible en la especie humana, la fecundación clónica en la que el individuo es hijo nada más que de una sola célula, que transmite todo su patrimonio genético a su descendiente, como si se tratara de un gemelo monocigótico. Además del empobrecimiento hereditario que se daría de continuarse este proceso en las especies habría que analizar los componentes psicológicos, más o menos inconscientes, que se ocultan en aquellos que buscaran en los otros un reflejo lo más exacto posible de su propia imagen narcisista.

f. Los peligros de una técnica manipuladora.

Estos y otros procedimientos, como la producción gemelar o la partenogénesis supondrían una manipulación excesiva del hombre, como la que se emplea, para el bien del mismo hombre, en el mundo de las plantas y de los animales.

Los caprichos y las injusticias de una eugenesia mal entendida encontrarían en la manipulación genética un medio para mejorar la raza, como en veterinaria. Y si hoy se comienza a defender ciertos derechos de los seres irracionales con el deseo de superar ciertas prácticas puramente utilitarias o sin sentido e incluso puestas al servicio de otros intereses superiores, sería lamentable que ahora le negáramos al ser humano, cuya condición superior nadie se atrevería a poner en duda, ese respeto y autonomía que merece con una fuerza infinitamente mayor.

Lo terrible de una cultura tan tecnificada como la nuestra como la nuestra es que solo se deja de hacer aquello que por el momento no es factible por falta de medios adecuados.

B. El aborto

Hay que reconocer que se trata de un tema que afecta a valores muy primordiales y humanos, y que despierta de inmediato profundas reacciones afectivas. El problema no resulta sencillo, ni las soluciones aparecen claras.

a. El comienzo de la vida

Descubrir cuando un ser humano comienza su existencia ha sido una preocupación antigua. Su interés es peculiar para el caso del aborto, pues antes de ese momento, no se puede hablar de atentado contra la vida humana.

Muchos científicos acuden a la genética para saber cuando se alcanza ese nivel; si desde el instante mismo de la fecundación o en un estadio posterior del desarrollo embrionario.

Lo que nadie puede negar, porque iría en contra la evidencia genética, es que esa vida nueva que comienza con la fusión del óvulo y el espermatozoide pertenece con toda seguridad a la vida humana. Es decir, que de esa realidad microscópica y de apariencia insignificante no va a nacer una planta o un animal, sino un ser humano. Aún más, el cigoto contiene su propio patrimonio cromosómico, donde está programado ya biológicamente su futuro, y hasta la singularidad de cada individuo se

encuentra marcada de forma importante desde ese primer instante. En definitiva, se trata de saber si esa realidad humana es digna de un absoluto respeto e inviolabilidad desde el primer momento de su existencia.

La respuesta, como ya decíamos antes, supone una interpretación metafísica en un sentido profundo y etimológico, como una reflexión que, partiendo de la realidad, encuentra también una explicación coherente con ella, pero que al mismo tiempo la trasciende. Y esa interpretación posterior, aunque busque su apoyo en la ciencia, es la que determina una lectura diversa y pluralista.

b. Necesidad de medidas preventivas

No parece que en ninguna persona normal exista la abortifilia o el placer secreto en la interrupción del embarazo. Hasta los defensores de ella admiten esta posibilidad como una medida extrema, como una salida a una situación de emergencia que se ha hecho demasiado dura y dramática.

Todos pensamos que lo ideal sería no tener que abortar nunca, pues nadie busca las molestias e inconvenientes que el aborto conlleva por un simple capricho. Cuando alguien se decide a tomar esta opción tiene siempre algún motivo. Por tanto, sería muy importante que con unas medidas preventivas y colaterales se evitara llegar en muchos casos a tales decisiones. Con ellas se podrían superar algunas de las causas que dan lugar a tales decisiones, y ofrecer alternativas a las personas que viven la angustia creada por una situación difícil y dolorosa.

Una mejor educación sexual evitaría muchas veces la desagradable sorpresa de un embarazo no deseado. Se podría trabajar también sobre un cambio de mentalidad frente a la madre soltera, sobre todo en ciertos ambientes que se consideran cristianos, potenciando los centros de ayuda psicológica, jurídica y económica para las mujeres en dificultad, donde encontrarán la colaboración necesaria para esos momentos.

c. Aspectos biológicos: la actividad cerebral

Por analogía con el fenómeno de la muerte, se ha querido ver en la actividad del cerebro el comienzo de una verdadera existencia humana. Pero en el caso del embrión nos encontramos con una situación muy distinta. No es un ser que ya haya terminado su existencia, sino que acaba de comenzarla, y que posee una capacidad, si no se destruye, para alcanzar un nivel humano. Si tampoco es lícito atentar directamente contra la vida de un enfermo en coma irreversible, sino que dejamos que su proceso biológico evolucione de una forma natural, aunque le prestemos ayudas técnicas, por esta razón, cabría respetar este otro proceso biológico, que va orientado no hacia una muerte irremediable, si no hacia una vida cada vez más plena y auténtica.

d. El momento de la anidación

Existe una teoría que defiende la importancia de la anidación. Se basa en dos fenómenos principales:

En primer lugar, es un hecho demostrado que, científicamente, la mayor parte de los óvulos fecundados terminan en abortos involuntarios (en torno al 70%), de los que la mujer no tiene conciencia, pues ocurren como una menstruación normal. A partir de la anidación del blastocito, tras doce o catorce días de su fecundación, el porcentaje de abortos naturales desciende de forma significativa.

Así, podemos pensar que la naturaleza no puede estar tal mal hecha como para manifestar esta falta absoluta de respeto e interrumpir la vida de manera tan frecuente. ¿No será un signo de que en ese primer estadio la existencia todavía no tiene un carácter absoluto?

En segundo lugar, la existencia de mosaicos y quimeras durante el tiempo anterior a su anidación indica que hasta ese momento no se ha dado una vida individualizada. La división que puede darse de una célula para dar lugar, por ejemplo, a unos gemelos monocigóticos, o la fusión posible de otras que, destinadas a ser distintas, termina siendo un solo ser, manifiesta que todavía no se ha formado ningún individuo.

La definición más clásica de Boecio, señala que todo ser exige, como características fundamentales, la unidad de sí mismo y la separación de cualquier otro. Esto no se da hasta que el blastocito es recogido y anida en el endometrio.

Si es verdad que la individualización del ser no se realiza hasta el momento de la anidación, el interrogante que se plantea no es si el individuo merece un respeto, si no si esa vida humana, que a lo mejor va a dividirse o juntarse para formar una o varias personas, es digna también de ese mismo respeto.

e. El momento de la fecundación

En ese instante, el ser que se forma en el vientre de la madre no será todavía una realidad plenamente humanizada, pero ya lo es de alguna manera. Esta capacidad de progreso, latente desde sus primeros momentos de su existencia, es lo que adjetiva a esa aventura como humana y lo que otorga al embrión una dignidad que merece ser respetada. "Desde el momento de la fecundación del ovulo queda inaugurada una vida que no es del padre ni de la madre, sino de un nuevo ser humano que se desarrolla por sí mismo. No llegara nunca a ser humano si no lo es ya entonces". Por eso muchos científicos defienden este criterio como el más seguro y realista. No se ve que nuevo elemento podría causar el cambio de lo meramente biológico a lo específicamente humano. Al no poder probar nadie con certeza que solo a partir de un estadio posterior se hace presente lo humano, muchos optan con firmeza por el camino más seguro.

El mismo Consejo de Europa, aprobó una recomendación, para que todos los Estados miembros suscribieran una carta de los derechos de la infancia, entre cuyos principios se encuentra "el reconocimiento del derecho a la vida desde el momento de su concepción". En caso de duda, parece más razonable optar por su defensa que por su eliminación.

f. El problema ético

Entre los posibles conflictos se encuentran los recogidos en las indicaciones terapéuticas, Convendría distinguir con claridad entre el aborto estrictamente terapéutico cuando no hubiese otra alternativa para salvar la vida de la madre, y su utilización, con un sentido mucho más amplio, cuando el embarazo constituye únicamente un peligro para su salud, tanto física como psicológica. En estas condiciones algún valor habrá de sacrificarse.

Otra motivación conflictiva vendría derivada de la denominada motivación eugenésica. Los avances científicos han permitido en la actualidad el diagnóstico precoz de ciertas

anomalías congénitas y otros sufrimientos fetales que prevén el nacimiento de un ser anormal.

El mundo moderno se ha hecho cada vez más sensible a la calidad de vida, y juzga inaceptable la existencia de un hijo tarado por cualquier patología. El problema resulta ciertamente duro y dramático para la familia y para el propio sujeto.

¿No sería mejor evitar la existencia inhumana y desgraciada de este ser? Los conflictos más frecuentes se darían en el ámbito social. Se trata de aquellos casos en los que el embarazo representa una seria dificultad para la vida social de la mujer, comporta graves inconvenientes para la familia o unos condicionamientos demasiado difíciles para el mismo niño.

Baste pensar en las madres solteras que hubieran de enfrentarse con una situación insostenible por el rechazo o incompreensión de los propios padres y de la sociedad, o en los embarazos de personas casadas fuera de su matrimonio, o en las dificultades económicas o tensiones internas familiares que hacen indeseable la presencia de un nuevo hijo, en los niños que estarían condenados a una existencia enfermiza o criminal. Las razones irían desde un extremo hasta otro.

Un caso específico de este último apartado, sería el aborto que muchos consideran ético, interrumpir aquellas maternidades producidas por actos de violación, para evitar, al menos, las consecuencias de semejante injusticia.

C. La eutanasia y el derecho a morir con dignidad

a. Concepto

El concepto de eutanasia es ambiguo o, al menos, ofrece diferentes matizaciones. Se está de acuerdo con definirla como "buena muerte", es decir, la muerte suave y sin dolor. Consistiría por consiguiente, en la producción de la muerte de una persona sin sufrimientos físicos o morales.

Sin embargo, con esta aproximación al concepto de eutanasia hemos dicho poco, pues su significado originario se ha ido diversificando y ampliando a otros supuestos, a la vez que se ha ido deslindando de ella situaciones próximas pero distintas.

En definitiva, podríamos definir el término eutanasia como "aquella conducta, comportamiento o técnica que, consistente de un hacer, en un dejar de hacer lo posible o en un mero no hacer, tiene por fin paliar la situación de dolor extrema e incluso anticipar la muerte de quien, consistiendo o no pudiendo prestar su anuencia a ello, se halla en una situación de enfermedad o deficiencia limitada e irreversible".

b. Requisitos fácticos de la eutanasia

- Muerte próxima o anticipada, patológica o traumática, e inevitable del paciente, que normalmente vendrá acompañada de padecimiento de serios dolores físicos y generalmente angustiosos.
- La muerte ha de ser en primer lugar inevitable, o lo que es lo mismo, que no reste ninguna posibilidad, médicamente hablando, y según los conocimientos científicos de cada momento, de aplicar al paciente técnicas propiamente curativas o sanatorias, sino que únicamente se le puede administrar una terapia de mero mantenimiento o prolongación, de subsistencia o supervivencia.

- Ha de ser asimismo patológica o traumática, es decir, debe traer como causa una enfermedad del tipo que sea, gestada tiempo atrás o surgida repentinamente por causas exógenas y que estén produciendo sus efectos en el paciente.
- La muerte tiene que ser próxima o anticipada, con lo que la esperanza de vida del paciente tiene que ser inferior a la media de otro hombro de su misma edad debido precisamente a la incidencia de la propia enfermedad o dolencia. Tal situación puede ir acompañada simultáneamente del sufrimiento físico del enfermo bien producido por la propia enfermedad, o como consecuencia de la aplicación de técnicas de mantenimiento.
- Calidad de vida ínfima que implique la imposibilidad del sujeto de realizar por sí solo aquellas actividades que son consustanciales al ser humano.

Las notas características que delimitarían esta situación serían las siguientes:

- Pérdida o inutilización de órganos, miembros o sentidos.
- Imposibilidad o cuasi-imposibilidad de la persona de valerse por sí misma.
- Necesidad de asistencia de terceros constante y total, es decir, de forma permanente y para cualquier tipo de tarea que implique la más mínima actividad o movimiento. Esta situación ha de ser hasta tal punto así, que debe suponer el que la persona, aunque quisiera, no podría por sí misma quitarse la vida, pero no por falta de decisión, si no por imposibilidad de ejecución.
- Estado de inconsciencia profundo e irreversible: Se trata de aquellos estados de coma profundo en los que puede afirmarse que la persona presenta exclusivamente una vida vegetativa. El sujeto no es capaz de sentir, ni de percibir, ni de pensar. Son aplicables estos requisitos o soporte fático a cada tipo de eutanasia, si bien cada una de las clases exigirá la concurrencia de uno, dos, o de los tres.

c. Clases de eutanasia

- Eutanasia pasiva:

Se puede describir como "la no implantación o la supresión de procedimientos técnico-médicos tendentes a prolongar artificialmente la vida de una persona que padece una enfermedad incurable y se encuentra en fase terminal o vegetativa".

Se caracteriza por una conducta de omisión. Dentro de la eutanasia pasiva se suele distinguir entre consentida y no consentida, teniendo en cuenta que esta última no implica en ningún caso que se vaya a actuar contra el consentimiento del sujeto.

- Eutanasia indirecta:

Consiste en la administración de medicamento o la aplicación de técnicas a una persona que padece una enfermedad incurable y soporta una situación insufrible y dolorosa, con el fin principal de mitigar sus padecimientos y cuando ello entraña como efecto secundario e ineludible un acortamiento de su vida y aceleración de su muerte.

Son tres los elementos:

- Elemento objetivo: conducta del tercero, consistente en la administración del fármaco o la aplicación de la técnica que se prescribe ante los dolores insoportables que está padeciendo el sujeto, afecto a su vez de una enfermedad incurable.
 - Elemento subjetivo: intención del autor de prescribir y administrar los medicamentos con el propósito de aliviar y suprimir el dolor. Hay que tratar que el sujeto sufra lo menos posible.
 - Elemento derivado: la aplicación de fármacos conlleva como efecto secundario que se precipite la muerte del paciente.
- Eutanasia activa:

Es la ejecución directa de la muerte de una persona, a petición de esta, cuando ella misma no puede, materialmente hablando, causársela por hallarse en un estado de postración o de inmovilidad absoluta.

Ha de partirse de una situación de hecho, segura e inmutable, en el sentido de que la persona que pide el auxilio de otro, tiene que estar padeciendo una enfermedad incurable que determine un estado de postración que haya reducido su calidad de vida, de tal modo, y que no pueda causarse por sí mismo la muerte.

- Eutanasia genuina:

Se produce en aquellas situaciones extremas de la vida, gravemente dañada por la enfermedad, en las que se administran al paciente sustancias o se le aplican técnicas médicas o psicológicas tendentes a paliar la presencia de dolores o angustia y sin que ello suponga alguna de la extinción vital del mismo.

- Eutanasia precoz:

La eliminación por acción u omisión de niños recién nacidos que son viables, pero que presentan al nacer determinadas malformaciones o deficiencias psíquicas. No alude a un supuesto de eutanasia en sentido estricto, son más bien prácticas eugenésicas, de eliminación de seres desprovistos de "valor vital", sobre los que el derecho no efectúa discriminación alguna.

d. Aspectos éticos de la eutanasia

Intentar dar respuestas éticas y morales a la situación del enfermo terminal resulta sumamente difícil. Este problema tiene sus raíces en los cambios vertiginosos que se producen en el campo de la ética, de la tecnología médica y en la sociedad actual. Por todo ello no se pueden entender las dudas e interrogantes que giran en torno al enfermo en fase terminal sin hacer un análisis de estos nuevos cambios de mentalidad.

La muerte y la vida del hombre no deben ser ajenas a la decisión humana, y esta abarca también al propio cuerpo.

Debemos sentirnos solidarios y compasivos con el que sufre, y respetar las decisiones de los hombres en sus últimos días, sin dejar en el olvido el resquemor a todo lo que pueda suponer el mantenimiento de una existencia meramente biológica.

Queramos o no, estamos llamados a elegir y tomar decisiones. Hoy no podemos hablar de recetarios que nos vengán a solucionar los problemas y nos dejen tranquilos para discernir.

Sin embargo, se echa de menos, unos ciertos criterios desde donde se puedan tomar decisiones. Parece, por tanto, conveniente insinuar unas ciertas pautas que deben estar presentes en toda elección:

- Habría que insistir, en primer lugar, en que el médico no está jamás obligado a combatir la muerte de una manera mecánica, automática y absoluta. Mientras la muerte sea considerada un fracaso, nuestras decisiones aparecerán viciadas en su raíz.
- Lo más correcto no puede ni debe ser obligarse siempre a hacer todo lo posible por prolongar la vida del enfermo. La palabra vida, precisa ir acompañada de unos ciertos adjetivos que la llenen de valor.
- Toda acción médica debe estar enmarcada en un contexto humano. Nunca se debe olvidar desde los profesionales de la sanidad que el enfermo es persona, es un ser humano. Por ello, la lucha contra la muerte no puede ser en ningún caso huida, a cualquier precio, del final de la vida.

e. Elementos que deben intentar conciliarse

- El médico y todo el personal sanitario deben esforzarse por prolongar la vida del paciente como una exigencia del enfermo que se pone en sus manos y como un aspecto fundamental de las profesiones sanitarias.

No dejaría de ser demencial el despojar al enfermo/a de la confianza y fe que pone en todo el personal sanitario.

- Toda terapia médica debe procurar a toda costa aliviar el dolor del enfermo, humanizar su existencia e integrar desde una perspectiva humana la experiencia del sufrimiento.
- Se debe proteger la libertad de decisión del enfermo y/o su familia. Esta libertad no solo debe respetarse en el tratamiento médico, sino también en la consciencia y lucidez ante la muerte.
- Ninguno de los elementos numerados debe estar por encima de los otros. Se debe buscar un equilibrio que no sacrifique unilateralmente a alguno de ellos.

6. EL SECRETO PROFESIONAL: CONCEPTO Y REGULACIÓN JURÍDICA. ARTÍCULO 199 DEL CÓDIGO PENAL

Desde el juramento hipocrático, el secreto médico ha sido una de las exigencias éticas más subrayadas en la práctica sanitaria. Se ha tendido a equiparar el secreto médico con el secreto del sacerdote.

Mientras la medicina estaba en un contexto privado, este secreto profesional era especialmente asequible. La situación se altera cuando se instaura la socialización de la praxis sanitaria y se acentúa el trabajo en equipo.

No cabe duda que los secretos se guardan mucho mejor cuando se accede a ellos en un nivel de intimidad y de relación personal, que si los datos que deben ser custodiados en secreto forman parte de una historia clínica, accesible a un número importante de personas, o que son ponderados dentro de las liberaciones de un equipo de trabajo.

El tema está además especialmente dificultado por el recurso masivo a la informática en el medio sanitario. Sin embargo, no puede perderse nunca de vista que detrás de los datos fríos, que son objeto de consulta o que se guardan en archivos informáticos, hay con frecuencia aspecto que se refieren a la profunda intimidad de la persona enferma y que han sido comunicados en el marco de una relación profesional y con la condición, al menos implícita, de que sean mantenidos en secreto.

Por otra parte, la gran importancia del tema de la salud pública en las sociedades actuales, origina conflictos sobre el carácter absoluto de los secretos que los profesionales de la salud conocen en el ejercicio de su actividad.

Las "enfermedades de declaración obligatoria" con el exponente más característico y antiguo sobre los dilemas que pueden surgir en torno al secreto de los profesionales de la salud cuando entra en conflicto con los intereses sociales, especialmente en el área de la salud pública. Es una temática que se ha hecho especialmente candente en relación con el SIDA.

De ahí el gran interés de la problemática sobre cuando el personal sanitario debe "callar": son los temas de privacidad, intimidad y confidencialidad, que se basan en el mismo fundamento que el consentimiento informado: la autonomía del enfermo.

Es evidente que el enfermo posee su intimidad y su privacidad, y que cuando el personal sanitario la traspasa, tiene que decir, en principio, al enfermo todo lo que sabe (consentimiento informado) y no revelarlo a los demás (confidencialidad).

Este enfoque es sumamente importante, debe partirse de la autonomía del enfermo, del reconocimiento de su capacidad de decisión. El protagonista de la relación sanitaria es el propio paciente, no el trabajador sanitario, que está obligado por sus propias exigencias éticas y por su actitud de beneficencia.

Hoy día se habla menos de la exigencia del secreto profesional, y se prefiere utilizar el término de "confidencialidad". No es fácil indicarle por qué de la actual preferencia. Probablemente el "secreto" alude más a la exigencia ética del profesional de la salud, mientras que el de "confidencialidad" parece subrayar más el aspecto de la intimidad del enfermo, conocida a través de la actividad sanitaria.

6.1. CONCEPTO DE SECRETO PROFESIONAL

Al derecho de que se nos protejan nuestros propios derechos, corresponde el deber de respetar la intimidad ajena. Este respeto de la intimidad de cada uno es necesario para que sea posible la convivencia social en la pluralidad de los individuos.

El secreto ampara el mutuo respeto y abre el camino a la confianza, al acceso al otro. Este respeto y confianza mutuos posibilitan la comunicación de los propios secretos con la garantía de no ser revelados. En esto consiste la obligación del secreto. La tensión existente entre el bien del individuo y la sociedad es la dificultad en el tema del secreto o del respeto a la confidencialidad.

Podría definirse como "una verdad conocida por muy pocas personas, diversas del interesado, cuya revelación sería considerada por este como un atentado contra la propia intimidad, en que uno se siente afectado como sujeto y quiere mantener velada, tanto si está en juego el derecho a la propia fama, como si carece de relevancia ética o social". Esta intimidad puede desvelarse o otros por amor, necesidad, o simple deseo de desahogarse, sin que uno de vea privado del derecho a la discreción del confidente.

6.2. OBJETO DEL SECRETO PROFESIONAL

En sentido estricto incluye:

- Lo descubierto en el ejercicio estricto de la profesión.
- Lo conocido precisamente con motivo de la relación profesional con el paciente.

Es evidente que la práctica sanitaria da frecuentemente acceso, sea de forma directa o meramente ocasional, a muchos aspectos de la vida particular, teniendo el enfermo derecho a no ser revelados. No solo se conocen las dolencias que afectan al enfermo, sino también toda una serie de aspectos de su vida, relacionados o no con su enfermedad, que deben ser mantenidos en secreto por los profesionales de la salud.

El respeto a la confidencialidad del paciente tiene una importancia especial, por la necesidad de que exista una confianza, socialmente compartida, en la discreción de los profesionales de la salud.

Por otra parte, la actividad sanitaria en equipo lleva el secreto compartido, que exige igual cuidado, por parte de todos aquellos que lo conocen.

Este secreto no queda violado cuando se comparte dentro de los límites para una mejor atención sanitaria, pero se requiere una particular discreción para no incurrir en la práctica anulación del mismo.

Existe una tendencia a disminuir el valor del secreto por el hecho de que es conocido por más individuos, pero la exigencia ética de confidencialidad no cesa por el hecho de tratarse de secretos compartidos por más profesionales.

6.3. LA CONFIDENCIALIDAD EN EL SECRETO PROFESIONAL

La especial dificultad del secreto sanitario procede de que el interés social no siempre urge su custodia. Incluso algunas veces puede exigir su manifestación para evitar un contagio y otro mal del que la sociedad no pueda liberarse.

Al mismo tiempo, los profesionales sanitarios están en libertad para revelar un secreto cuando consiente en ello el enfermo, pero siempre deberán ponderar hasta que punto esa manifestación puede dañar la existencia de una confianza social en el respeto a la confidencialidad del enfermo por parte de los profesionales de la salud.

Pueden darse situaciones especialmente polémicas, en las que el profesional de la salud, incluso con peligro de ser penado por la ley que protege el secreto profesional, pueda sentirse éticamente obligado a revelarlo en bien de la sociedad o de una persona inocente, y no existe otro medio para evitar un daño cierto, injusto y grave.

Cuando la razón para callar o revelar un secreto se centre en las consecuencias para el propio profesional, puede existir tanto el deber de conciencia de manifestarlo o de callarlo. Se trata de situaciones concretas y complejas que deberán evaluarse de forma específica para cada caso.

6.4. REGULACIÓN JURÍDICA DEL SECRETO PROFESIONAL

El quebrantamiento del deber de "guardar secreto" que incumbe a los profesionales sanitarios, constituye hoy en día un delito previsto en el artículo 199 del vigente Código Penal, aprobado por la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, que regula dentro del Título destinado a la protección de la intimidad, el derecho a la propia imagen y a la inviolabilidad del domicilio, el delito relativo al descubrimiento y revelación de secretos, tipo delictivo que, según la doctrina científica más autorizada, comprende en su artículo 199 el secreto de los profesionales que ejercen su actividad dentro del sistema de salud.

Ante la falta de una regulación positiva e integral del derecho al secreto de los profesionales de la medicina, como exige el artículo 24 de la Constitución, nos debemos contentar, en principio, con el examen del artículo 199 del Código Penal. El artículo 199 del nuevo Código Penal dispone:

- El que revelare los secretos ajenos, de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o sus relaciones laborales, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años y multa de seis a doce meses.
- El profesional que, con incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otra persona, será castigado con la pena de prisión de uno a cuatro años, multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años.

La acción típica sancionada por el Código Penal, se refleja en el verbo divulgar que comprende a toda comunicación a terceros no consentida o autorizada por el paciente, lo que implica el incumplimiento del deber de sigilo o reserva que impone el ejercicio de la profesión.

La doctrina mayoritaria entiende que la autorización expresa y libremente manifestada por el paciente para dispensar de la obligación de guardar secreto, convierte la conducta del profesional en atípica desde el punto de vista penal en cuanto que el afectado renuncia a la protección de su intimidad.

Sin embargo, a nuestro juicio, si bien esto es cierto, no puede olvidarse que la obligación de secreto, reserva o sigilo es, en el caso de los profesionales sanitarios, algo inherente y consustancial al ejercicio mismo de la profesión, por lo que, al margen de su falta de trascendencia penal, podría el sanitario infringir las normas éticas o morales del ejercicio profesional.

Esto es, si bien se reconoce la disponibilidad del particular sobre la obligación de guardar secreto, con la consiguiente irrelevancia penal, podría subsistir la obligación deontológica de mantener la reserva.

Debe advertirse, respecto a la nueva regulación penal, que nuestro Código precisa que para proceder por el delito de revelación de secretos será necesaria denuncia de la persona agraviada o de su representante legal, lo que significa, según la doctrina mayoritaria, que pueda calificarse de delito semipúblico.

Por último, el artículo 201.3 establece que el perdón del ofendido o de su representante legal, en su caso, extingue la acción penal o la pena impuesta.

Se considera, igualmente, que la obligación de guardar secreto se extiende no solo al médico sino también a todos los que profesionalmente actúan en el ámbito de la asistencia sanitaria; personal de enfermería, auxiliar, etc.

UNIDAD DIDÁCTICA 2: LA HIGIENE HOSPITALARIA Y LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL

Autores:

Leonor María Rubio Hidalgo

Antonio Benítez Leiva

2.1. INFECCIONES NOSOCOMIALES

2.1.1. CADENA EPIDEMIOLÓGICA

2.1.1.1. COMPONENTES DE LA CADENA EPIDEMIOLÓGICA

2.1.1.2. LA CADENA EPIDEMIOLÓGICA EN LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL

2.1.1.2.1. PRIMER ESLABÓN: EL AGENTE INFECCIOSO EN SU RESERVORIO Y/O FUENTE DE INFECCIÓN

2.1.1.2.2. PRIMER ESLABÓN: EL AGENTE INFECCIOSO EN SU RESERVORIO Y/O FUENTE DE INFECCIÓN

2.1.1.2.2.1. TRANSMISIÓN POR CONTACTO

2.1.1.2.2.2. TRANSMISIÓN POR GOTITAS

2.1.1.2.2.3. TRANSMISIÓN POR FÓMITES Y VEHÍCULO COMÚN

2.1.1.2.2.4. TRANSMISIÓN POR EL AIRE

2.1.1.2.3. TERCER ESLABÓN DE LA CADENA: EL HUÉSPED SUSCEPTIBLE

2.1.1.3. AISLAMIENTO DEL PACIENTE

2.1.1.3.1. TIPOS DE AISLAMIENTO

2.1.1.3.2. PRINCIPIOS GENERALES DEL AISLAMIENTO

2.1.1.3.3. AISLAMIENTO ESTRICTO

2.1.1.3.4. AISLAMIENTO DE CONTACTO

2.1.1.3.5. AISLAMIENTO RESPIRATORIO

2.1.1.3.6. AISLAMIENTO ENTÉRICO O DIGESTIVO

2.1.1.3.7. AISLAMIENTO PARENTERAL

2.1.1.3.8. AISLAMIENTO DE PROTECCIÓN O INVERSO

2.1.1.3.9. AISLAMIENTO DOMICILIARIO

- 2.1.1.4. HIGIENE DE LAS MANOS EN EL MEDIO SANITARIO
 - 2.1.1.4.1. RECOMENDACIONES PARA LA HIGIENE DE LAS MANOS
 - 2.1.1.4.2. INDICACIONES DEL LAVADO Y ANTISEPSIA DE MANOS
 - 2.1.1.4.3. TÉCNICA DE LA HIGIENE DE LAS MANOS
 - 2.1.1.4.4. ANTISEPSIA QUIRÚRGICA DE MANOS
 - 2.1.1.4.5. SELECCIÓN DE PRODUCTOS PARA LA HIGIENE DE LAS MANOS
 - 2.1.1.4.6. CUIDADOS DE LA PIEL
 - 2.1.1.4.7. OTROS ASPECTOS DE LA HIGIENE DE LAS MANOS
- 2.1.1.5. SOLUCIONES ALCOHÓLICAS PARA LA HIGIENE DE MANOS EN EL MEDIO SANITARIO
 - 2.1.1.5.1. INTRODUCCIÓN
 - 2.1.1.5.2. COMPOSICIÓN DE LAS SOLUCIONES ALCOHÓLICAS
 - 2.1.1.5.3. LOS ALCOHOLES
 - 2.1.1.5.4. MECANISMO DE ACCIÓN
 - 2.1.1.5.5. ACTIVIDAD
 - 2.1.1.5.6. UTILIZACIÓN DE LAS SOLUCIONES ALCOHÓLICAS
 - 2.1.1.5.7. VENTAJAS
 - 2.1.1.5.8. INCONVENIENTES
 - 2.1.1.5.9. FORMA DE APLICACIÓN
 - 2.1.1.5.10. RECOMENDACIONES
- 2.2. GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS
 - 2.2.1. INTRODUCCIÓN
 - 2.2.2. DEFINICIÓN DE RESIDUO SANITARIO
 - 2.2.3. GESTIÓN Y TRATAMIENTO
 - 2.2.4. REGULACIÓN DE LOS RESIDUOS EN LA LEY 10/1998, DE 21 DE ABRIL, RESIDUOS
 - 2.2.4.1. CONCEPTOS
 - 2.2.4.2. NORMAS GENERALES SOBRE LA GESTIÓN DE LOS RESIDUOS
 - 2.2.4.3. CLASIFICACIÓN DE LOS RESIDUOS SANITARIOS
 - 2.2.4.4. TRANSPORTE
 - 2.2.4.5. ELIMINACIÓN Y TRATAMIENTO
 - 2.2.4.6. REGISTRO Y MEDIDAS DE SEGURIDAD

- 2.2.4.7. SITUACIONES DE EMERGENCIA
- 2.3. CONCEPTOS GENERALES DE HIGIENE HOSPITALARIA
 - 2.3.1. ANTISÉPTICO
 - 2.3.2. SOLUCIONES LIMPIADORAS
 - 2.3.3. DESINFECTANTE
 - 2.3.4. ANTIBIÓTICO
 - 2.3.5. ESTERILIZACIÓN
 - 2.3.5.1. DEFINICIÓN
 - 2.3.5.2. LIMPIEZA Y LAVADO
 - 2.3.5.3. VALIDACIÓN DE UN CICLO DE ESTERILIZACIÓN
 - 2.3.5.4. MÉTODOS DE ESTERILIZACIÓN
 - 2.3.5.4.1. MÉTODOS FÍSICOS
 - 2.3.5.4.2. MÉTODOS QUÍMICOS
 - 2.3.5.4.3. QUÍMICOS GASEOSOS
 - 2.3.5.5. CONTROLES EN LA ESTERILIZACIÓN
 - 2.3.5.5.1. CONTROLES FÍSICOS
 - 2.3.5.5.2. CONTROLES QUÍMICOS
 - 2.3.5.5.3. CONTROLES BIOLÓGICOS
 - 2.3.5.5.4. CONTROL ESPECÍFICO DEL AUTOCLAVE DE VAPOR – TEST DE BOWIE & DICK
 - 2.3.5.6. ÁREA DE ACONDICIONAMIENTO, EMPAQUETAMIENTO, PREPARACIÓN Y ESTERILIZACIÓN DEL MATERIAL (ÁREA LIMPIA)
 - 2.3.5.7. ÁREA DE ALMACENADO DEL MATERIAL (ÁREA ESTÉRIL)
 - 2.3.5.8. FLUJO DEL MATERIAL Y DEL PERSONAL
 - 2.3.5.9. CONTROL Y REGISTRO DEL MATERIAL DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN
- 2.4. MUESTRAS BIOLÓGICAS
 - 2.4.1. RECOGIDA Y TRANSPORTE DE LAS MUESTRAS
 - 2.4.2. RECEPCIÓN DE LAS MUESTRAS EN EL LABORATORIO
 - 2.4.3. CRITERIOS DE RECHAZO DE LAS MUESTRAS
 - 2.4.4. TIPOS DE MUESTRAS
 - 2.4.4.1. HEMOCULTIVO
 - 2.4.4.2. ORINA OBTENIDA POR MICCIÓN MEDIA
 - 2.4.4.3. ORINA VESICAL CON PUNCIÓN DIRECTA
 - 2.4.4.4. ORINA DE PACIENTES CON CATÉTER PERMANENTE
 - 2.4.4.5. ORINA OBTENIDA POR CATETERIZACIÓN VESICAL
 - 2.4.4.6. ORINA DE NEFROSTOMIA

- 2.4.5. TRACTO GASTROINTESTINAL
 - 2.4.5.1. HECES
 - 2.4.5.2. HISOPO RECTAL
 - 2.4.5.3. MUESTRAS DIGESTIVAS ALTAS
 - 2.4.5.4. BIOPSIA Y TOMAS OBTENIDAS POR ENDOSCOPIA
 - 2.4.5.5. OTRAS MUESTRAS DIGESTIVAS BAJAS
- 2.4.6. TRACTO RESPIRATORIO
 - 2.4.6.1. TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR Y TRACTO FARINGO-AMIGDALINO
 - 2.4.6.1.1. NASOFARINGE
 - 2.4.6.1.2. NASAL
 - 2.4.6.1.3. SENOS PARANASALES
 - 2.4.6.1.4. CAVIDAD ORAL
 - 2.4.6.2. TRACTO RESPIRATORIO INFERIOR
 - 2.4.6.2.1. ESPUTO
- 2.4.7. JUGO GÁSTRICO
- 2.4.8. ASPIRADO TRAQUEOBRONQUIAL SIMPLE
- 2.4.9. MUESTRAS OBTENIDAS POR FIBROBRONCOSCOPIA
- 2.4.10. MUESTRAS OBTENIDAS POR ABORDAJE PERCUTANEO
- 2.4.11. LÍQUIDO CEFALORRAQUIDEO
- 2.4.12. LÍQUIDOS ORGÁNICOS
- 2.4.13. TRACTO GENITAL
 - 2.4.13.1. EXUDADOS VAGINALES
 - 2.4.13.2. ENDOCERVICALES
- 2.4.14. EXUDADOS URETRALES
- 2.4.15. EXUDADOS RECTALES
- 2.4.16. ENDOMETRIO
- 2.4.17. CULDOCENTESIS
- 2.4.18. TROMPAS Y OVARIOS
- 2.4.19. VULVA
- 2.4.20. LESIONES GENITALES
- 2.4.21. GANGLIOS LINFÁTICOS INGUINALES
- 2.4.22. LIQUIDO AMNIÓTICO
- 2.4.23. PRODUCTOS DE LA CONCEPCIÓN
- 2.4.24. MUESTRAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE PROSTATITIS (TÉCNICA DE MEARES- STAMEY)

- 2.4.25. MUESTRA DE SEMEN PARA PARÁMETROS SEMINALES
- 2.4.26. EXUDADOS OCULARES
 - 2.4.26.1. FROTIS CONJUNTIVALES
 - 2.4.26.2. RASPADOS CONJUNTIVAL Y CORNEAL
- 2.4.27. EXUDADOS ÓTICOS
 - 2.4.27.1. OÍDO EXTERNO
 - 2.4.27.2. OÍDO MEDIO
- 2.4.28. PIEL Y TEJIDOS BLANDOS
 - 2.4.28.1. ULCERAS Y HERIDAS SUPERFICIALES
- 2.4.29. EXANTEMAS
- 2.4.30. ABSCESOS CERRADOS
- 2.4.31. FÍSTULAS Y TRACTOS SINUSALES
- 2.4.32. CATÉTERES Y DRENAJES
 - 2.4.32.1. CATÉTERES INTRAVASCULARES
- 2.4.33. OTROS CATÉTERES Y DRENAJES
- 2.4.34. BIOPSIAS
- 2.4.35. MÉDULA ÓSEA

2.1. INFECCIONES NOSOCOMIALES

Una infección nosocomial es una infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta de esa infección.

Una infección que se presenta en un paciente internado en un hospital o en otro establecimiento de atención de salud, en quien la infección no se había manifestado, ni estaba en período de incubación en el momento del internado. Comprende las infecciones contraídas en el hospital, pero manifiestas después del alta hospitalaria y también las infecciones ocupacionales del personal del establecimiento.

La atención de los pacientes se dispensa en establecimientos, que comprenden: desde dispensarios muy bien equipados y hospitales universitarios con tecnología avanzada, hasta unidades de atención primaria únicamente con servicios básicos.

A pesar del progreso alcanzado en la atención hospitalaria y de salud pública, siguen manifestándose infecciones en pacientes hospitalizados, que también pueden afectar al personal de los hospitales.

Muchos factores propician la infección en los pacientes hospitalizados:

- La reducción de la inmunidad de los pacientes;
- La mayor variedad de procedimientos médicos y técnicas invasivas, que crean posibles vías de infección; y
- La transmisión de bacterias farmacorresistentes en poblaciones hacinadas en los hospitales, donde las prácticas deficientes de control de infecciones pueden facilitar la transmisión.

Las infecciones nosocomiales ocurren en todo el mundo y afectan tanto a los países desarrollados como a los carentes de recursos. Las infecciones contraídas en los establecimientos de atención de salud están entre las principales causas de defunción y de aumento de la morbilidad en pacientes hospitalizados.

Las infecciones nosocomiales más frecuentes son:

- Las de heridas quirúrgicas,
- Las vías urinarias y
- Las vías respiratorias inferiores.

La máxima prevalencia de infecciones nosocomiales ocurre en unidades de cuidados intensivos y en pabellones quirúrgicos y ortopédicos de atención de enfermedades agudas.

Las tasas de prevalencia de infección son mayores en pacientes con mayor vulnerabilidad por causa de edad avanzada, enfermedad subyacente o quimioterapia.

Las infecciones nosocomiales agravan la discapacidad funcional y la tensión emocional del paciente y, en algunos casos, pueden ocasionar trastornos discapacitantes que reducen la calidad de la vida.

Son una de las principales causas de defunción. Los costos económicos son enormes. La edad avanzada de los pacientes internados en establecimientos de atención de salud, la mayor prevalencia de enfermedades crónicas en pacientes internados y el mayor uso de procedimientos terapéuticos y de diagnóstico que afectan las defensas del huésped constituirán una presión constante en las infecciones nosocomiales en el futuro.

Los microorganismos causantes de infecciones nosocomiales pueden ser transmitidos a la comunidad por los pacientes después del alta hospitalaria, el personal de atención de salud y los visitantes. Si dichos microorganismos son multirresistentes, pueden causar enfermedad grave en la comunidad.

2.1.1. CADENA EPIDEMIOLÓGICA

La cadena epidemiológica es la secuencia de elementos que se articulan en la transmisión de un agente desde una fuente de infección a un huésped susceptible.

2.1.1.1. Componentes de la cadena epidemiológica:

Agente:

Cualquier microorganismo capaz de producir una enfermedad infecciosa ya sean protozoarios, metazoarios, bacterias, virus, hongos, etc.

Se clasifican según:

- Factores intrínsecos: tamaño, forma, composición química, etc.
- Comportamiento en el huésped: contagiosidad, patogenicidad, virulencia, poder invasor, antigenicidad
- Comportamiento frente al medio: resistencia, aptitud que presenta para su vehiculización, etc.

Fuente de infección:

Cualquier persona, animal, objeto o sustancia donde se halle el agente y desde donde pueda potencialmente pasar al huésped.

Puede ser:

- Reservorio: donde el agente vive y se reproduce y del cual depende para su supervivencia. Ej. hombre, animales.
- Reservorio humano
 - hombre enfermo: con síntomas de la enfermedad
 - hombre portador: infectado pero sin clínica (asintomático, en incubación, convaleciente)

- Reservorio animal: animales enfermos o portadores.
- Ambiente: Constituye una fuente pero no un reservorio porque en el no puede multiplicarse el agente.

Puerta de salida:

Es el camino que toma el agente para salir de la fuente.

Puede ser:

- Aparato respiratorio
- Aparato digestivo
- Piel
- Placenta
- Tracto genito-urinario, etc.

Mecanismo de transmisión:

Es el mecanismo por el cual el agente se transmite desde la puerta de salida del reservorio (o fuente), a la puerta de entrada del huésped.

- Transmisión directa:
 - Contacto directo: tacto, besos, relaciones sexuales, etc.
 - Rociado de gotitas de Pflügge: en conjuntivas o en mucosa oral, nasal.
 - Exposición directa de tejidos susceptibles: agente que viva en el suelo.
 - Mordeduras: ej. rabia.
- Transmisión indirecta:
 - Vehículos inanimados: objetos, material (fómites), o superficies contaminadas.
 - Vectores (mecánico o biológico).
 - Agua y alimentos contaminados.
 - Aire.

Puerta de entrada:

Es la vía de acceso al huésped.

Puede ser:

- Conjuntivas.
- Aparato respiratorio.
- Aparato digestivo.
- Tracto genitourinario.
- Heridas, mordeduras, etc.

Huésped: Individuo blanco del agente y en el cual se desarrolla la enfermedad transmisible.

Características:

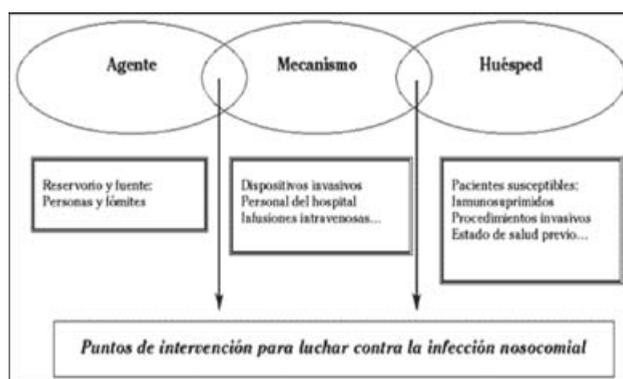
- Edad.
- Estado nutricional.
- Condiciones de vida y de trabajo.
- Susceptibilidad / Resistencia / Inmunidad

La importancia de la cadena epidemiológica radica en que identificando los posibles eslabones en cada enfermedad se puede interrumpir la cadena de transmisión y prevenir el desarrollo y propagación de estas enfermedades.

2.1.1.2. La cadena epidemiológica en la infección nosocomial

El esquema de la cadena epidemiológica con sus tres eslabones (Fig. 1), que va desde el agente infeccioso hasta el huésped susceptible, a través de un mecanismo de transmisión más o menos simple, ayuda a comprender cómo se produce la infección nosocomial y permite igualmente una comprensión rápida de los mecanismos de control, al romper uno cualquiera de los eslabones de la cadena.

Figura 1. Cadena epidemiológica de la infección nosocomial.



2.1.1.2.1. Primer eslabón: El agente infeccioso en su reservorio y/o fuente de infección

Cualquier microorganismo puede ser capaz de producir una infección nosocomial en alguna de sus distintas localizaciones o formas clínicas.

Son los microorganismos, los ambientales y los saprófitos humanos, bien del propio paciente o del personal asistencial o de otros pacientes hospitalizados, los agentes más comunes y más representativos de las Infecciones nosocomiales.

Estos microorganismos han encontrado a lo largo de la evolución un hábitat compartido con el hombre sin que se produzca el conflicto de competencias origen de la enfermedad infecciosa.

Es en el hospital donde se rompe el equilibrio agente infeccioso-huesped por existir nuevos mecanismos de transmisión, al abrirse nuevas puertas de entrada y aparecer nuevos factores de susceptibilidad del huésped.

El agente infeccioso es inseparable de su reservorio, el cual se convierte en fuente de infección cuando se produce la salida del agente del mismo.

Existen portadores sanos, o asintomáticos, de numerosos agentes infecciosos, como el propio paciente que va a sufrir la infección (fuente endógena), otro paciente, o el personal asistencial (fuente exógena; infección cruzada).

La piel, tubo digestivo, boca y vías respiratorias son los reservorios más representativos de la flora saprófita causante de las infecciones nosocomiales (estafilococo, acinetobacter, enterobacter, proteus).

Tabla 1. Reservorios y fuentes de agentes infecciosos.

Acinetobacter Se encuentra en el suelo y en el agua y es saprófito humano (piel, 25%; vagina, 5-15%). Capaz de sobrevivir en lugares húmedos, jabones, desinfectantes y equipos de respiración mecánica.

Enterobacter Saprófito habitual del intestino humano, puede asentar en tracto urinario, respiratorio o la herida quirúrgica con consecuencia de infecciones en esa localización.

Pseudomonas Bacilos gram-negativos ampliamente distribuidas en agua y suelos, capaces de sobrevivir en recodos húmedos de los equipos de asistencia (nebulizadores, sondas de aspiración traqueal, circuitos de respiradores, conductos de difícil acceso para el lavado y secado en los endoscopios que quedan húmedos).

Serratia Bacilos gram-negativos de distribución similar a las Pseudomonas. Se han encontrado en gran variedad de plantas, pero probablemente provengan de los suelos.

Clostridium difficile Saprófito habitual del intestino del hombre, es el agente de la colitis pseudomembranosa y responsable de brotes de diarreas asociada al uso de antibióticos y particularmente la clindamicina, en virtud del desequilibrio de la flora intestinal y predominio de este germen resistente a la clindamicina. Se ha aislado en el 7% de los pacientes a su ingreso y en el 28% de los pacientes ingresados (N Eng J Med, 1999; 341: 1690-1691).

Klebsiella Bacilos gram-negativos, ampliamente distribuidos en suelo, agua y semillas y son comensales habituales del intestino humano y faringe, y de animales.

Candida Hongos levaduriformes que constituyen un componente transitorio de la flora comensal de lugares húmedos de temperatura adecuada (piel, boca, vagina, heces de la especie humana). El 30-50% de la población sana son portadores. La *Candida parapsilosa* es la especie más comunmente aislada de las manos del personal sanitario.

Aspergillus Hongo filamentoso que vive y se reproduce formando esporas en el medio ambiente, en los suelos y materiales en descomposición (estiércol de los tiestos y los cultivos de plantas). La remoción de estos materiales y en particular de los escombros en obras hace que las esporas pasen al aire donde por su pequeño tamaño pueden permanecer a favor de corrientes.

Legionella Bacilos gram-negativos que viven y se reproducen en el biofilm que recubre el interior de los tanques, depósitos y remansos de agua, incluido el agua de beber. Puede mantenerse en lugares húmedos, en los aerosoles que se producen por salpicaduras o remolinos del chorro de salida de grifos y duchas.

Rizopus Hongo filamentoso, ubicuo que se reproduce con formas vegetativas en medios húmedos con abundante materia orgánica (mohos) y temperatura adecuada. Forma esporas que se diseminan por las corrientes de aire, y su concentración se han visto aumentar en las proximidades de las obras de remodelación y producción de escombros en los hospitales.

EAMR Cocco Gram-positivo que produce las lesiones piógenas habituales de (*Staphylococcus aureus* piel (atribuible a su capacidad coagulasa-positiva) y es capaz de Meticilina Resistente) sobrevivir en pliegues de piel (axilas, ingles) y vestíbulo nasal (20-60 % de portadores humanos en esa localización). La variedad MR es resistente a los antibióticos del grupo metilina, con lo que son difíciles de tratar.

Estafilococcus Cocos Gram-positivos, saprófito habitual de la piel del hombre, sin epidermidis capacidad coagulasa-positiva.

Enterococo Cocos gram-positivos que incluyen varias especies de estreptococos grupo D. Son comensales habituales del intestino del hombre.

Listeria Bacilo gram-positivo saprófito del intestino del ganado vacuno y lanar; 20% (6-70%) de portadores humanos sanos en intestino, vagina y faringe. Capaz de sobrevivir en superficies secas o húmedas 20-30 días, y en los alimentos del ganado (forraje almacenado) y humano (lechuga, apio crudos y carnes de animales y derivados).

M. Tuberculosis Complejo bacilo ácido-alcohol resistente causante de la tuberculosis en el hombre. El reservorio son las lesiones humanas y para el *Mycobacterium bovis* ciertas especies de mamíferos. Los bacilos que escapan de la fuente con el esputo pueden permanecer viables varias semanas en el medio y transmitirse por el aire.

Sarna Ectoparasitosis caracterizada por la invasión de la capa córnea de la piel por el ácaro *Sarcoptes Scabies* var. *hominis*.

El medio ambiente, fuente de infección, es menos frecuente que la fuente/reservorio humano, y queda reducido a:

- Fómites que pueden ser su asiento, la mayoría de las veces pasajero (jabones, desinfectantes, dispositivos que van a entrar en contacto con el paciente).

En ambientes húmedos y con suficiente materia orgánica nutritiva y condiciones adecuadas de temperatura, los agentes infecciosos pueden sobrevivir e incluso llegar a reproducirse en aspiradores, nebulizadores, contenedores de líquidos (orina), endoscopios, alimentos...).

Los gérmenes gram-negativos y especialmente *Pseudomona* y *Serratia*, son el ejemplo más representativo de ellos.

- El aire y el suelo para formas de larga supervivencia, en particular esporas (*Aspergillus* y hongos mucorales).
- Fuentes de infección animales o vegetales (roedores, aves, plantas) pueden considerarse también bajo ciertas condiciones.

2.1.1.2.2. Segundo eslabón de la cadena epidemiológica: el mecanismo de transmisión

Los agentes infecciosos que abandonan la fuente de infección alcanzan la puerta de entrada en el huésped susceptible a partir de uno o varios mecanismos de transmisión:

- Transmisión por contacto,
- Transmisión aérea,
- Transmisión por gotitas,
- Transmisión por vectores y
- Transmisión por vehículo común (Tabla 2).

Tabla 2. Mecanismos de transmisión y puertas de entrada más comunes en el huésped susceptible.

| Mecanismo de transmisión | Puerta en entrada más común |
|---|--|
| Contacto directo: | |
| - Manos contaminadas | Cualquiera, (cutánea, respiratoria, digestiva, urinaria) |
| - Gotitas respiratorias | Respiratoria |
| Contacto indirecto (fómites contaminados) | |
| - Alimentos | Digestiva |
| - Instrumental | Dispositivos in situ |
| - Antisépticos y jabones | Herida quirúrgica |
| Aire | |
| - Núcleos goticulares | Respiratoria, herida quirúrgica |
| - Polvo | Respiratoria, herida quirúrgica |
| Otros mecanismos | |
| - Vectores (roedores, moscas) | Inoculación, mixtas |
| - Agua | Digestiva, mixtas |

2.1.1.2.2.1. *Transmisión por contacto*

El principal y más habitual mecanismo de transmisión es el contacto, bien directo (por contacto físico entre fuente y huésped), bien indirecto (a través de fómites contaminados en donde pueden sobrevivir temporalmente los microorganismos).

Es la mano del personal que atiende al paciente (y también del propio paciente) el más importante vehículo transmisor de agentes infecciosos, actuando unas veces propiamente como reservorio (flora cutánea residente) pero más frecuentemente como vehículo que porta los agentes desde un paciente enfermo o portador al paciente susceptible, o desde el lugar reservorio del propio trabajador a la mano por gestos inaparentes (infección cruzada).

Mientras que la flora transeúnte de la mano es fácilmente eliminable con el lavado, la residente lo es menos, pero también su importancia como agente de infección es menor.

2.1.1.2.2.2. *Transmisión por gotitas*

Las infecciones vehiculizadas por gotitas de más de 5 micras de diámetro son otro ejemplo de transmisión por contacto directo pues no son capaces de desplazarse en el aire a distancias mayores de 1 metro tras su salida de la fuente antes de alcanzar el huésped susceptible, y es difícil que sobrevivan en fómites si estos no entran inmediatamente en contacto con el huésped susceptible.

Estas partículas se generan al toser, estornudar o hablar y los agentes que utilizan esta vía son los que tienen como reservorio el aparato respiratorio y la boca. Ejemplos: estreptococias grupo A, tuberculosis, virus respiratorio sincicial, gripe, varicela, etc.

2.1.1.2.2.3. *Transmisión por fómites y vehículo común*

El término fómite se refiere a cualquier objeto inanimado que puede entrar en contacto con el paciente susceptible y puede actuar como vehículo de infección.

Dentro de ellos, son vehículo común aquellos elementos habituales que se ponen en contacto con el paciente tales como alimentos y agua de bebida, medicamentos e instrumentos. Los ejemplos de fómites destinados a entrar en contacto con los pacientes más comunes son los utilizados en procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

En ocasiones, además, estos objetos constituyen un excelente reservorio para muchos de los agentes que aguardan en ellos su oportunidad para alcanzar el huésped susceptible.

La enumeración de estos fómites se hace muy larga y la higiene deficiente en la técnica de manipulación de los mismos provoca su contaminación antes o durante su uso y facilita la infección.

Entre ellos mencionaremos:

Alimentos: agentes oportunistas pueden causar graves epidemias en los hospitales vehiculizados por este medio, en donde los agentes pueden, además, reproducirse: listeria, salmonella, E. coli enteropatógeno.

- Dispositivos de nutrición parenteral.
- Dispositivos uretrales y ureterales.
- Dispositivos intravasculares
- Dispositivos para diálisis, hemodiálisis.
- Dispositivos de ventilación mecánica, equipos de anestesia, equipos de aerosoles.
- Soluciones para diálisis, transfusiones sanguíneas, hemoderivados e infusiones parenterales
- Antisépticos y desinfectantes.

2.1.1.2.2.4. Transmisión por el aire

Los agentes infecciosos pueden abandonar la fuente/reservorio vehiculizados por el aire en forma de aerosoles de partícula mínima (igual o menor a 5 micras de diámetro); por su pequeño tamaño pueden permanecer largo tiempo en el aire y recorrer largas distancias hasta el huésped susceptible.

Las partículas de polvo son de tamaño mayor pero actúan de forma similar.

En las gotitas de los aerosoles (ambiente húmedo) y en el polvo (seco) pueden sobrevivir y transmitirse agentes infecciosos. Los aerosoles de partícula mínima son producidos de forma natural al toser o estornudar y es la vía de salida desde la fuente respiratoria de numerosos agentes infecciosos.

También se producen por salpicaduras en los grifos y las conducciones de agua de abastecimiento, duchas, humidificadores del aire acondicionado, equipos de ventilación o inhaladores.

El polvo vehiculizador de agentes infecciosos tiende a depositarse en los lugares bajos, sobre las superficies, pero son puesto de nuevo en re-suspensión por la producción de suaves corrientes de aire producidas por el movimiento de las personas en su actividad laboral, el sacudido de la ropa de la cama, la limpieza por barrido en seco o con aspiradoras sin filtro.

2.1.1.2.3. Tercer eslabón de la cadena: el huésped susceptible

El agente infeccioso que abandona el reservorio/fuente de infección vehiculado por alguno de los mecanismos de transmisión que le son propios, alcanza la puerta de entrada del huésped y si la susceptibilidad de éste es adecuada se producirá la infección.

El concepto de puerta de entrada es muy importante para relacionar el mecanismo de transmisión con el huésped susceptible.

El agente infeccioso precisa de una puerta de entrada en el huésped susceptible para producir sus efectos y es el primero y más importante de los factores condicionantes de la susceptibilidad del huésped, pero no el único.

A las puertas de entrada utilizadas por los patógenos habituales que, como se ha señalado, también pueden ser agentes de infecciones nosocomiales, hay que añadir las nuevas puertas que se abren en el paciente que precisa ingreso hospitalario para ser sometido a maniobras instrumentales diagnósticas y/o terapéuticas.

La apertura de estas nuevas puertas convierten al huésped en susceptible a la infección nosocomial:

- La punción transcutánea que deja en el sitio un catéter intravascular como vía de entrada de alimentos y fluidos pero también de agentes infecciosos;
- La penetración uretral forzada para dejar un catéter vesical que abre ampliamente la vía urinaria a la invasión de los agentes infecciosos, etc.
- La enfermedad de base, y las comorbilidades que el paciente presenta en el momento del ingreso, o le sobrevienen a partir de su ingreso, son los factores condicionantes de la susceptibilidad: la diabetes; la obesidad y la desnutrición; la presencia de neoplasias.
- El deterioro cognitivo; y los condicionantes constitucionales genéticamente determinados y modificados por el hábito de vida del paciente.
- La agresividad de las medidas diagnósticas y terapéuticas en sus dos vertientes: la de apertura de nuevas vías y puertas de entrada a la penetración de agentes infecciosos y
- La de modificación del sistema inmune y del equilibrio agente infeccioso/huésped (por ejemplo: tratamientos antimicrobianos o corticoides).
- La barrera natural constituida por la piel y las mucosas y las inmunoglobulinas segregadas por sus glándulas son de esta manera soslayadas.

En resumen:

Los pacientes hospitalizados son cada vez más longevos, más enfermos y más inmunocomprometidos y se someten a procedimientos diagnósticos y terapéuticos cada vez más agresivos: corticoides, quimioterápicos citotóxicos antineoplásicos, sangre y hemoderivados, nutrición enteral y parenteral, antibióticos de amplio espectro, depresores del sistema nervioso central, inhibidores de la acidez gástrica, radioterapia, técnicas instrumentales invasivas (intravasculares, del tracto digestivo, respiratorio o urinario...) y todo ello prepara el asiento de los agentes infecciosos y el desarrollo de la infección.

2.1.1.3. Aislamiento del paciente

Cuando un paciente ingresa infectado, o adquiere una infección en el hospital, dependiendo del tipo de infección (virulencia del microorganismo, mecanismo de transmisión, presencia alrededor del paciente de pacientes inmunodeprimidos, contacto con el personal del hospital) es necesario proteger al personal del hospital, a los demás pacientes y a él mismo de un posible contagio, para ello se recurre al aislamiento.

El aislamiento es la separación de un individuo que padece una enfermedad transmisible del resto de las personas (exceptuando al personal sanitario).

Se le colocará en habitación y condiciones adecuadas con la finalidad de evitar el contagio. Estas personas permanecerán aisladas hasta que desaparezca la enfermedad; la curación ha de ser total, tanto clínica como microbiológica.

Todavía hoy en día las medidas de aislamiento pueden asociarse a una imagen de reclusión, que no escapa a la percepción del paciente, de sus acompañantes y del personal que lo atiende.

Nunca debemos tomar una actitud de rechazo hacia este tipo de enfermos, puesto que ello podría hacerle sentir culpable, angustiado o avergonzado.

Para reducir la ansiedad debemos explicarles tanto al enfermo como a la familia las características y objetivos de las medidas que se deben adoptar.

Para todo ello debemos:

- Comprobar que existe una identificación de aislamiento en la puerta de la habitación.
- Verificar que se cuenta con el equipo y materiales necesarios antes de la acción directa al enfermo.
- Ofrecer entretenimiento al enfermo aislado.
- Controlar o ejecutar el aseo del aislado en el cual se deben de respetar las normas de aislamiento.

2.1.1.3.1. Tipos de aislamiento:

Se pueden diferenciar seis modalidades de aislamiento que presentan medidas comunes entre sí como son el lavado de manos o la técnica de transporte del material contaminado.

Los principales tipos de aislamiento son:

- Aislamiento estricto.
- Aislamiento de contacto.
- Aislamiento respiratorio.
- Aislamiento entérico o digestivo.
- Aislamiento parenteral.
- Aislamiento de protección o inverso.

2.1.1.3.2. Principios generales del aislamiento:

Algunos principios son de aplicación general independientemente del tipo de aislamiento.

- Los guantes batas y mascarillas se deberán usar una sola vez y antes de abandonar la habitación del paciente se depositarán en un recipiente al efecto.
- Las batas, guantes y mascarillas deben estar a fuera de la habitación contaminada.
- Es necesario lavarse las manos antes y después de entrar en contacto con el paciente aun cuando usemos guantes para ello.
- Las mascarillas son ineficaces cuando se humedecen, deben cubrir la nariz y la boca y no se deben dejar atadas al cuello para luego re-utilizarlas.
- Los materiales contaminados se colocarán en una bolsa limpia e impermeable dentro del área contaminada y se cerrarán, luego fuera del área contaminada se colocarán en una segunda bolsa, ésta se cerrará y se rotulará como material contaminado.

2.1.1.3.3. Aislamiento estricto

Está concebido para evitar la transmisión de enfermedades muy contagiosas o virulentas capaces de propagarse por vía aérea y por contacto directo.

Especificaciones del aislamiento estricto:

- Lavado de manos.
- Habitación individual con lavabo (pacientes con la misma infección pueden compartir habitación).
- Es obligatorio para entrar en la habitación el uso de mascarilla, bata, guantes y calzas, tanto el personal sanitario como las visitas.
- Todo el material necesario para vestirse se encontrará preparado dentro de la habitación, excepto la mascarilla que se colocará antes de entrar.
- Antes de salir de la habitación, se depositarán las prendas contaminadas en un contenedor al efecto, excepto la mascarilla que se tirará después de salir.
- Después de estar en contacto con el paciente o con material posiblemente contaminado se lavarán las manos.
- Los artículos contaminados deben ser desechados o enviados a esterilizar usando la técnica de la doble bolsa.
- La puerta de la habitación permanecerá cerrada.

Enfermedades que exigen aislamiento estricto:

- Herpes Zoster diseminado.
- Difteria faríngea.

- Lesiones cutáneas extensas infectadas.
- Peste.
- Fiebres hemorrágicas.
- Varicela, etc.

2.1.1.3.4. Aislamiento de contacto

La finalidad del aislamiento de contacto es evitar la transmisión de infecciones altamente contagiosas o epidemiológicamente significativas que no justifiquen un aislamiento estricto.

Todas las enfermedades de esta categoría se diseminan por contacto estrecho o directo.

Algunas de las enfermedades no requieren el uso de las tres barreras, por ejemplo no se suelen requerir ni mascarillas ni guantes para atender a lactantes con virosis respiratorias agudas, o no es necesaria la bata para atender a niños con conjuntivitis gonocócica, tampoco se suele usar mascarilla para atender pacientes infectados con microorganismos multirresistentes con excepción de los que están afectos de neumonía.

Por lo tanto en esta categoría muchas veces sobre-aislamos a los pacientes.

Especificaciones para el aislamiento de contacto:

- Lavado de manos.
- Habitación individual con lavabo (pacientes con el mismo microorganismo pueden compartir habitación).
- Los que mantengan contacto estrecho con los pacientes usarán mascarilla, batas y guantes (según el tipo de infección).
- Lavado de manos antes y después de tocar a paciente con material contaminado aun que se usen guantes.
- Todo el material necesario para vestirse debe de encontrarse preparado dentro de la habitación.
- Antes de salir de la habitación, se depositarán las prendas contaminadas en un contenedor preparado al efecto.

Enfermedades que exigen aislamiento de contacto:

- Infecciones respiratorias agudas en lactantes y niños.
- Conjuntivitis y gonocócica en recién nacidos.
- Difteria cutánea.

- Furunculosis estafilocócica en recién nacidos.
- Herpes simple.
- Gripe en lactantes.
- Bacterias multirresistentes (bacilos gram negativos, *Staphylococcus aureus*, *Pneumococcus* resistentes a la penicilina, *Haemophilus influenzae* y otras bacterias que en función del comité de infección posean una relevancia clínico-epidemiológicas especial.
- Pediculosis.
- Neumonías (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* del grupo A).
- Rabia.
- Rubéola congénita.
- Sarna.

2.1.1.3.5.- Aislamiento respiratorio

Pretende evitar la transmisión de enfermedades infecciosas por vía de aérea (transmisión mediante gotitas).

El contagio por contacto directo o indirecto sucede en algunas enfermedades de esta categoría, pero es muy poco frecuente, y si sucede se sumarán las medidas necesarias para evitar la propagación del microorganismo.

Especificaciones del aislamiento respiratorio:

- Lavado de manos antes y después de tocar al paciente o materiales contaminados.
- Habitación individual con lavabo (pacientes con el mismo microorganismos pueden compartir habitación).
- Uso obligatorio de mascarilla (no es necesario el uso de bata ni de guantes).
- La mascarilla debe cambiarse con la frecuencia adecuada.
- Las mascarillas se colocarán al entrar en la habitación y se desecharán al salir, en un recipiente específico para ello.
- Se usarán pañuelos desechables.
- La puerta de la habitación permanecerá cerrada.

Enfermedades que requieren aislamiento respiratorio:

- Epiglotitis por *Haemophilus influenzae*.

- Eritema infeccioso.
- Sarampión.
- Meningitis (*Haemophilus influenzae*, meningocócica).
- Neumonía meningocócica.
- Parotiditis.
- Tosferina.

2.1.1.3.6. Aislamiento entérico o digestivo

Este aislamiento va encaminado a evitar la diseminación a través de materias fecales y en algunos casos de objetos contaminados por determinados microorganismos.

Especificaciones del aislamiento entérico:

- Se recomiendan habitaciones separadas.
- Se usarán batas si el riesgo de ensuciarse es alto.
- No es necesario el uso de mascarilla.
- Se usarán guantes para la manipulación de objetos o sustancias contaminadas.
- Dentro de la habitación habrá guantes y batas.
- Lavado de manos antes y después de tocar al paciente o sustancias contaminadas.

Enfermedades que requieren precauciones entéricas:

- Gastroenteritis bacterianas o víricas.
- Fiebre tifoidea.
- Cólera.
- Giardiasis.
- Enterocolitis pseudo-membranosa.
- Amebiasis.
- Poliomielitis.
- Meningitis viral.
- Hepatitis vírica tipo A.

2.1.1.3.7. Aislamiento parenteral

Medidas destinadas a prevenir la diseminación de enfermedades transmitidas por la sangre, por líquidos orgánicos u objetos contaminados con los mismos.

Especificaciones del aislamiento parenteral:

- La habitación individual se aconseja de en caso de que el paciente presente agitación o desorientación importante o su higiene sea deficiente. No es necesario el uso de mascarilla.
- Se tomaran precauciones especiales con agujas y objetos punzantes que puedan contaminar al personal. Resulta importante contemplar el uso esporádico de guantes batas y mascarillas si se anticipa la posibilidad de exposición a la sangre o líquidos contaminados.
- Lavado de manos antes y después de entrar en contacto con el paciente.
- Es recomendable tomar precauciones especiales con esfigmomanómetros, termómetros, efectos personales, vajilla y excreciones.

Enfermedades que precisan aislamiento parenteral:

- SIDA.
- Hepatitis.
- Sífilis.
- Paludismo.
- Leptopirosis.
- Accesos, quemaduras, úlceras pequeñas (siempre y cuando no sean producidas por microorganismos multiresistentes o se encuentren seriamente infectadas, ante lo cual no referiremos del aislamiento de contacto).

2.1.1.3.8. Aislamiento de protección o inverso

Trata de proteger a pacientes severamente inmunodeprimidos y no infectados. Especificaciones del aislamiento inverso:

- Habitación individual (flujo de aire laminar).
- Uso de guantes mascarilla y bata para todas las personas que entren en la habitación.
- Mantener la puerta siempre cerrada.
- Lavado de manos antes y después de atender al paciente.

Enfermedades que requieren aislamiento inverso:

- Paciente severamente y inmunodeprimidos.
- TMO.
- Quimioterapia.
- SIDA.
- Pancitopenias.

2.1.1.3.9. Aislamiento domiciliario

Podrá llevarse a cabo siempre que se disponga de una habitación que reúna unas condiciones higiénicas suficientes.

Medidas que se deben tomar:

- Se deben de sacar todos los objetos inútiles, como algunos muebles, cuadros, alfombras...
- El personal sanitario que se encarga del enfermo dejará su bata al salir de la habitación.
- Este personal deberá lavarse las manos con agua y jabón tras el contacto con el enfermo u otros objetos contaminados.
- El enfermo tendrá termómetro propio que estará sumergido en una solución desinfectante.
- También debe tener vajilla y cubierto individual para cuya limpieza se hierven en otra habitación.
- Las ropas, para su limpieza, se transportan en bolsas de papel y luego se hierven o se sumergen en soluciones antisépticas.
- Las eliminaciones del enfermo (vómitos, esputos, orina o heces) se recogen en recipientes que tengan lejía, aquí se mantienen dos horas y luego pueden arrojarse por el retrete.
- El suelo debe ser humedecido dos veces al día con paños que contengan sustancias antisépticas.
- El cubo de basura debe llevar en su interior una bolsa de plástico donde se arrojan los desechos.
- Dentro de esa habitación, está prohibido que otras personas coman, beban o fumen.
- Cuando ya no es necesario mantener el aislamiento del enfermo, se procederá a realizar una desinfección terminal de la habitación.

2.1.1.4. Higiene de las manos en el medio sanitario

2.1.1.4.1. Recomendaciones para la higiene de las manos

Estas recomendaciones están diseñadas para mejorar las prácticas de higiene de las manos en los trabajadores sanitarios y reducir la transmisión de microorganismos patógenos a paciente y personal en el medio sanitario.

El sistema CDC/HICPAC de categorías para las recomendaciones es el siguiente:

- Categoría IA: fuertemente recomendadas para su aplicación y avaladas por estudios bien diseñados de tipo experimental, clínico o epidemiológico.
- Categoría IB: fuertemente recomendadas para su aplicación y avaladas por ciertos estudios de tipo experimental, clínico o epidemiológico y por sólidos razonamientos teóricos.
- Categoría IC: necesaria su implantación por orden legal o normativo.
- Categoría II: se sugiere su aplicación avalada por estudios clínicos o epidemiológicos no definitivos o por un razonamiento teórico.
- No recomendación: cuestión sin resolver. Prácticas para las que no existe evidencia suficiente ni consenso respecto a su eficacia.

2.1.1.4.2. Indicaciones del lavado y antisepsia de manos

- a) Cuando las manos están visiblemente sucias, o contaminadas con materia orgánica, o manchadas de sangre u otros fluidos corporales, lavarlas con agua y jabón o con agua y jabón antimicrobiano (IA).
- b) Si las manos no están visiblemente sucias, aplicar un antiséptico de base alcohólica para descontaminación rutinaria de las manos en todas las situaciones clínicas que se describen en los apartados 1C-J (IA). Como alternativa, lavarlas con agua y un jabón antimicrobiano en esas mismas situaciones 1 C-J (IB).
- c) Descontaminar las manos antes del contacto directo con los pacientes (IB).
- d) Descontaminar las manos antes de ponerse los guantes estériles para insertar catéteres centrales intravasculares (IB).
- e) Descontaminar las manos antes de insertar sondas vesicales, catéteres venosos periféricos y otros dispositivos invasivos que no requieren un procedimiento quirúrgico (IB).
- f) Descontaminar las manos después del contacto directo con piel intacta del paciente (por ejemplo cuando se toma el pulso, la presión arterial o se moviliza al paciente) (IB).
- g) Descontaminar las manos después del contacto con fluidos corporales o excreciones, membranas mucosas, piel no intacta y apósitos de herida si las manos no están visiblemente manchadas (IA).

- h) Descontaminar las manos si al realizar cuidados a un paciente se pasa de una zona contaminada a una limpia (II).
- i) Descontaminar las manos después del contacto con objetos inanimados (incluido equipamiento médico en la proximidad del paciente (II).
- j) Descontaminar las manos después de quitarse los guantes (IB).
- k) Antes de comer y después de ir al servicio, lavarse las manos con agua y jabón o con agua y jabón antimicrobiano (IB).
- l) Pueden considerarse una alternativa al lavado de manos con agua y jabón los paños (toallitas) impregnados de soluciones antimicrobianas. Pero al no ser tan efectivos para reducir el número de colonias en las manos del personal sanitario como la aplicación de un antiséptico de base alcohólica o el lavado con agua y jabón antimicrobiano, no se pueden considerar sustitutos de los mismos (IB).
- m) Lavarse las manos con agua y jabón o con agua y jabón antimicrobiano si se sospecha o está confirmada la exposición al *Bacillus anthracis*. Está recomendada la acción física del lavado y aclarado porque alcoholes, clorhexidina, yodóforos y otros antisépticos tienen escasa actividad frente a esporas (II).
- n) No existe recomendación para la aplicación rutinaria de productos no alcohólicos en la higiene de las manos en el medio sanitario (cuestión sin resolver).

2.1.1.4.3. Técnica de la higiene de las manos

- a) Al descontaminar las manos utilizando un antiséptico de base alcohólica, aplicar el producto en la palma de una mano y frotar ambas manos, de tal forma que alcance todas las superficies de manos y dedos hasta que las manos estén secas (IB). Seguir las recomendaciones del fabricante respecto al volumen necesario de producto.
- b) Cuando se laven las manos con agua y jabón, mojar primero las manos, aplicar la cantidad de producto recomendada por el fabricante y frotar vigorosamente ambas manos durante al menos 15 segundos, alcanzando toda la superficie de manos y dedos. Aclarar las manos con agua y secar cuidadosamente con toalla desechable. Usar la toalla para cerrar el grifo (IB). Evitar el uso de agua caliente, ya que aumenta el riesgo de dermatitis (IB).
- c) Para el lavado con agua y jabón son aceptables jabones comunes líquidos, en pastilla, en sobre o en polvo. Si se usan pastillas, éstas deben ser pequeñas y utilizarse jaboneras que faciliten el drenaje (II).
- d) No se recomienda el uso de toallas no desechables ni toallas de tela en rollo (II).

2.1.1.4.4. Antisepsia quirúrgica de manos

- a) Retirar anillos, relojes y pulseras antes de comenzar el lavado quirúrgico de manos (II).

- b) Eliminar la suciedad de los espacios subungueales utilizando el cepillo de uñas directamente con las manos debajo del agua corriente (II).
- c) Se recomienda la antisepsia de manos utilizando un jabón antimicrobiano o un antiséptico de base alcohólica con actividad residual antes de colocarse los guantes estériles en los procedimientos quirúrgicos (IB).
- d) Cuando se realiza la antisepsia de manos con un jabón antimicrobiano, cepillar manos y antebrazos durante el tiempo recomendado por el fabricante, habitualmente entre 2 y 6 minutos. Tiempos más largos no son necesarios (IB).
- e) Cuando se utilice un producto de base alcohólica con actividad residual, seguir las instrucciones del fabricante. Antes de aplicar la solución alcohólica, hacer un prelavado de manos y antebrazos con agua y jabón y secarlos completamente. Después de aplicar la solución alcohólica como se recomienda, dejar que las manos y antebrazos se sequen completamente antes de ponerse los guantes estériles (IB).

2.1.1.4.5. Selección de productos para la higiene de las manos

- a) Suministrar al personal productos eficaces y con bajo potencial irritante, sobre todo cuando estos productos se usan varias veces por turno (IB). Esta recomendación afecta a productos usados para la antisepsia de las manos antes y después de realizar cuidados al paciente en áreas clínicas y a productos usados por el personal de quirófano para la antisepsia de manos quirúrgica.
- b) Para maximizar la aceptación por parte de los trabajadores sanitarios de los productos para la higiene de las manos, solicitar la opinión de los empleados respecto al tacto, fragancia y tolerancia dérmica de cualquier producto a evaluar. El coste de los productos para la higiene de las manos no debe ser el primer factor a considerar para la selección de los mismos (IB).
- c) Cuando se seleccionen jabones, jabones antimicrobianos o antisépticos de base alcohólica para frotar las manos, solicitar información de los fabricantes respecto a cualquier interacción entre productos para limpieza de las manos, productos para el cuidado de la piel y los guantes usados en la institución (II).
- d) Antes de tomar decisiones de compra, evaluar los sistemas de dispensación de distintos productos de fabricantes y distribuidores para asegurar un funcionamiento adecuado del dispensador y un volumen apropiado de producto (II).
- e) No añadir jabón a un dispensador parcialmente vacío. Esta práctica de rellenar los dispensadores puede producir contaminación bacteriana del jabón (IA).

2.1.1.4.6. Cuidados de la piel

- a) Suministrar a los trabajadores lociones o cremas de manos para minimizar los casos de dermatitis de contacto relacionadas con la antisepsia y el lavado de manos (IA).
- b) Solicitar información de los fabricantes sobre los efectos que las lociones, cremas o antisépticos de base alcohólica pueden tener sobre el efecto residual de los jabones antimicrobianos usados en la institución (IB).

2.1.1.4.7. Otros aspectos de la higiene de las manos

- a) No llevar uñas postizas o extensiones cuando se tiene contacto con pacientes de alto riesgo (por ejemplo. unidades de cuidados intensivos. quirófanos) (IA).
- b) Mantener las uñas cortas (II).
- c) Ponerse guantes cuando pueda producirse contacto con sangre u otros materiales potencialmente infecciosos, con membranas mucosas o con piel no intacta (IC).
- d) Retirar los guantes después de realizar cuidados a un paciente. No utilizar el mismo par de guantes para realizar cuidados a más de un paciente y no lavarse los guantes entre usos con diferentes pacientes (IB).
- e) Cambiar de guantes durante los cuidados a un mismo paciente si pasamos de una zona contaminada a otra limpia (II).
- f) No existe recomendación respecto a la utilización de anillos en las actividades asistenciales Cuestión sin resolver.

2.1.1.5. Soluciones alcohólicas para la higiene de manos en el medio sanitario

2.1.1.5.1. Introducción

Tener las manos limpias es fundamental para la prevención de la infección hospitalaria; aun sabiendo esto, el cumplimiento del lavado de manos no suele superar el 40%; por otra parte, la higiene de las manos, cuando se insiste mucho en ella, produce frecuentes alteraciones en la piel, con cambios en la flora microbiana, debidos a la eliminación de lípidos, células dérmicas y cambios en el pH.

El uso de guantes también está dando problemas de sensibilización; por todo ello se están buscando alternativas que mejoren, por un lado el cumplimiento y, por otro, la eficacia del lavado; estas alternativas comprenden la aplicación de las soluciones alcohólicas, también llamadas fórmulas alcohólicas.

La utilización de Soluciones Alcohólicas por los profesionales sanitarios es una alternativa/complemento del lavado de manos para prevenir la transmisión de infecciones de unos pacientes a otros, debido a su poder antimicrobiano y facilidad de uso.

2.1.1.5.2. Composición de las soluciones alcohólicas:

- Alcohol
- Tensoactivos (amonios cuaternarios, fenoles, etc., compuestos que actúan sobre la superficie con acciones humidificante, emulsionante, espumante, muchas veces más activas que la propia de un detergente).
- Emolientes (dermoprotectores, que protegen de la desecación de la piel y además favorecen que aumente la eficacia del producto).