

Actualización integral para celadores



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)**
Pza. Cristino Martos, 4 - 2ª Planta

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

RESAERVADOS 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: 978-84-614-3219-6

Depósito Legal: M-37263-2010

Impreso en España

Curso Actualización Integral para Celadores SNS

Introducción

Este curso ha sido diseñado teniendo en cuenta 3 grandes bloques: un Bloque de Legislación, un Bloque Profesional y un Bloque de Generalidades

El Bloque de Legislación consta de una sola Unidad Didáctica, que contiene 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.

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

El Bloque Profesional consta de 5 unidades didácticas: 1.- El Celador como profesional del SSP; 2.- Documentación y archivo; 3.- El celador en los servicios de apoyo; 4.- El Celador en los Servicios Generales y 5.- El celador ante las urgencias y emergencias.

Con este Bloque Profesional daremos al alumno contenidos docentes centrados en la función del celador, en los servicios básicos de salud de atención especializada.

El Bloque de Generalidades consta de 2 unidades didácticas: 1.- El Transporte y manejo de cargas y 2.- Habilidades para la comunicación.

El alumno encontrará en este bloque elementos generales de su función profesional: movimiento de pacientes, de cargas, posiciones anatómicas etc. y otros elementos docentes generales que le pueden ser útiles en su función pública, como son las habilidades para la comunicación.

Objetivos:

Generales:

- Formación Integral del Celador/a que trabaje en los servicios públicos del Sistema Nacional de Salud.

Específicos:

- Capacitar al celador/a de los Servicios Públicos Sanitarios en la normativa Estatal, Autonómica y general que regula su trabajo.
- Capacitar al celador/a en las competencias propias de su profesión en los SSP: Legislación básica del S.N.S. Competencias generales de la función celador/a en el S.N.S. Competencias Específicas de la función administrativa en el S.N.S.: El celador/a como profesional del SSP; La documentación clínica y custodia; El celador/a en los Servicio de apoyo; El Celador/a en los Servicios Generales; El celador/a ante las urgencias y emergencias; Transporte y manejo de cargas y Habilidades de comunicación.

Este Manual ha sido elaborado para FYSA por:

ANTONIO BENÍTEZ LEIVA

Diplomado Universitario en Enfermería
Profesor Honorario Facultad Enfermería de la Universidad de Málaga
Experto Procesos Enseñanza Aprendizaje Enfermería en la Universidad de Málaga
Curso Aptitud Pedagógica Universidad de Málaga
Master Gestión Servicios Sanitarios Universidad de Barcelona
Diplomado Gestión Sanitaria por la Escuela Andaluza de Salud Pública
Profesional Acreditado Agencia Calidad C.S. Junta Andalucía nivel 5
Carrera Profesional S.A.S nivel 5

MARÍA JESÚS BERMÚDEZ RIVERO

Diplomada Universitaria en Enfermería por la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Málaga
Técnico Especialista de Laboratorio
TCAE

ROSA MARÍA CORTÉS NÚÑEZ

Diplomada Universitaria en Enfermería por la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Málaga

MARÍA DEL PILAR CUEVAS MATAS

Diplomada Universitaria en Enfermería por la Escuela Universitaria de la Excma. Diputación de Málaga
Certificado de aptitud pedagógica (CAP) 2007/2008 UMA

MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ CABRERA

Técnico de Anatomía patológica y Citología
Cursando el Tercer año de la Diplomatura Universitaria en Enfermería en la Universidad de Málaga

ÁNGELES MARTÍNEZ DOMÍNGUEZ

Diplomada Universitaria en Enfermería en la Universidad de Sevilla
Experto Universitario en Obesidad: Diagnóstico, Tratamiento y Control
Experto Universitario en Crecimiento Celular y Cáncer
Experto Universitario en Biotecnología y Alimentación

ANTONIO ZAFRA DELGADO

Licenciado en Ciencias Económicas por la Universidad de Madrid. Especialidad Empresas. Psicólogo
Beca: American Experiment University. Dayton University. OHIO. EE.UU
Psychologies, Recourses Humans

MARIA VILLENA TAILLEFER

Diplomada Universitaria en Enfermería por la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Málaga
Máster Oficial de Posgrado en Cuidados Integrales de Enfermería en Procesos Nefrológicos. Año 2009

IGNACIO GARCÍA DELGADO

Ingeniero Industrial
Máster en Sistemas de Gestión de Prevención de Riesgos Laborales.
Experto Universitario en Sistemas de Gestión de la Calidad
Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales: Especialidad Seguridad en el trabajo,
Higiene Industrial y Ergonomía y Psicología.

ÍNDICE GENERAL

PRESENTACIÓN

BLOQUE DE LEGISLACIÓN

UNIDAD DIDÁCTICA 1. LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA

1. LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA.....	2
1.1. ANTECEDENTES.....	2
1.2. ESTRUCTURA Y CONTENIDO	2
1.3. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES.....	3
1.4. LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN LA CONSTITUCIÓN	4
1.5. LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA: CAPÍTULOS.....	5
2. LA LEY GENERAL DE SANIDAD. LEY 14/1986, DE 25 DE ABRIL	
2.1. FUNDAMENTOS Y PREÁMBULO	25
2.2. LA LEY GENERAL DE SANIDAD: CAPÍTULOS.....	26
3. EL ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD	
3.1. INTRODUCCIÓN.....	47
3.2. EL ESTATUTO MARCO: CAPÍTULOS	47
4. LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	
4.1. OBJETO Y CARÁCTER DE LA NORMA.	55
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	57
4.5. REGLAMENTO DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN.....	57
4.6. PLAN DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES.....	57
4.7. MODALIDADES	58
4.8. ASUNCIÓN PERSONAL POR EL EMPRESARIO DE LA ACTIVIDAD PREVENTIVA.	59
4.9. SALUD Y TRABAJO	59
4.10. ANTECEDENTES, ÁMBITOS Y OBJETIVOS.....	61
4.11. LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: CAPÍTULOS.....	63
5. LEY AUTONOMÍA DEL PACIENTE	
5.1. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS	67
5.2. CAPÍTULOS	69

BLOQUE DE PROFESIONAL

UNIDAD DIDÁCTICA 1. EL CELADOR COMO PROFESIONAL DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

1.1. VISIÓN GENERAL DEL CELADOR COMO PROFESIONAL DEL SSP.....	75
1.2. LAS PROFESIONES NO SANITARIAS	76
1.3. EL TRABAJO EN EQUIPO	76
1.4. PAPEL DEL CELADOR EN EL EQUIPO SANITARIO	104
1.5. UNIDADES CLÍNICAS DE GESTIÓN.....	107

UNIDAD DIDÁCTICA 2. DOCUMENTACIÓN Y ARCHIVO

2.1. CREACIÓN DE DOCUMENTO EN GENERAL	126
---	-----

UNIDAD DIDÁCTICA 3: EL CELADOR EN LOS SERVICIOS DE APOYO

3.1. EL SERVICIO DE ADMISIÓN. CONSULTAS Y VIGILANCIA	133
3.2. EL CELADOR EN LAS HABITACIONES DE LOS ENFERMOS Y ESTANCIAS COMUNES	137
3.3. EL CELADOR Y LA NECESIDAD DE MOVILIZACIÓN DE LOS ENFERMOS	147
3.4. EL CELADOR Y LA NECESIDAD DE HIGIENE DEL PACIENTE.....	161
3.5. EL CELADOR Y EL PACIENTE TERMINAL: SERVICIO MORTUORIO.....	166
3.6. DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES.....	170

UNIDAD DIDÁCTICA 4: EL CELADOR EN LOS SERVICIOS GENERALES

4.1. EL CELADOR EN QUIRÓFANO.....	179
4.2. EL CELADOR EN PSIQUIATRÍA	190
4.3. EL CELADOR EN ANATOMÍA PATOLÓGICA.....	196
4.4. EL CELADOR EN FARMACIA Y ALMACENES	202
4.5. EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	209
4.6. EL CELADOR EN LA UNIDAD DE INFECCIOSOS	223
4.7. ELIMINACIÓN DE RESIDUOS	228

UNIDAD DIDÁCTICA 5: EL CELADOR ANTE LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS

5.1. ACTUACIÓN DEL CELADOR EN URGENCIAS	235
5.2. SOPORTE VITAL BÁSICO. REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP	243

5.3. EL CELADOR Y LA HIGIENE Y SEGURIDAD EN LOS CENTROS DE TRABAJO.....	251
5.4. EL CELADOR Y LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	266
5.5. EL CELADOR ANTE SITUACIONES DE EMERGENCIA	273

BLOQUE GENERALISTA

UNIDAD DIDÁCTICA 1. TRANSPORTE Y MANEJO DE CARGAS

1.1. TRANSPORTE Y MANEJO DE CARGAS	278
1.2. HABILIDADES PARA LA COMUNICACIÓN	297
1.3. LOS ESTILOS DE COMUNICACIÓN	303
1.4. EL ESTRÉS.....	319

BLOQUE DE LEGISLACIÓN

UNIDAD DIDÁCTICA 1. LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA

Autor: Antonio Benítez Leiva

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. ANTE CEDENTES, ÁMBITOS Y OBJETIVOS
- 4.11. LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: CAPÍTULOS

5. LEY AUTONOMÍA DE PACIENTES

- 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 1978.

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 y 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 requieran 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

TITULO 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 inherente.
2. Las normas relativas a los derechos fundamentales y a.... la Declaración Universal de Derechos Humanos ...

Capítulo I: 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 II: Derechos y libertades

Artículo 14

Los españoles son iguales ante la ley...

Sección 1ª: 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 2ª: 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 III: 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 IV: 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 V: 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 I: 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 II: 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 III: 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 I: 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 II: 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 III: 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

Capítulo 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...

Capítulo 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.

Capítulo 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.

Capítulo 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.

Capítulo 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...,

Capítulo 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

Capítulo 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...

Capítulo 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.

Capítulo 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.

Capítulo 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

Capítulo 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...

Artículo 48

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

Capítulo 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...

Capítulo 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...

Capítulo 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

Capítulo 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...

Capítulo 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

Capítulo I: Del ejercicio libre de las profesiones sanitarias

Artículo 88

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

Capítulo 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

Capítulo Único:

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

Capítulo 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...,

Capítulo 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"

Capítulo único

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 zoosanitarios 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

DISPOCIONES 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 funcionarial 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 1ª: 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 2ª: 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.

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. LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

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 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.

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:

- 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.
 - 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.
 - 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.
 - La organización de la prevención en la empresa, indicando la modalidad preventiva elegida y los órganos de representación existentes.
 - 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:
 - Asumiendo personalmente tal actividad.
 - Designando a uno o varios trabajadores para llevarla a cabo.
 - Constituyendo un servicio de prevención propio.
 - 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, entendiendo 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:
 - Que se trate de empresa de menos de diez trabajadores.
 - Que las actividades desarrolladas en la empresa no sean especialmente peligrosas (según legislación correspondiente).
 - 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.

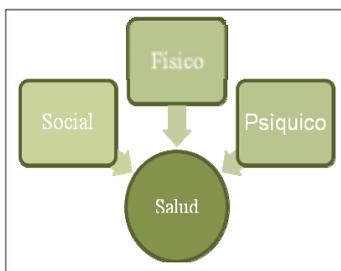
4.9. SALUD Y TRABAJO

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 serie 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 la 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

Capítulo 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.

Capítulo 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.

Capítulo 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.

Capítulo 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.

Capítulo 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.

Capítulo VI: Obligaciones de los fabricantes, importadores y suministradores

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

Capítulo 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

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.

DISPOSICIONES ADICIONALES.

Primera. Carácter de legislación básica.

Segunda. Aplicación supletoria.

Tercera. Coordinación de las historias clínicas.

Cuarta. Necesidades asociadas a la discapacidad.

Quinta. Información y documentación sobre medicamentos y productos sanitarios.

Sexta. Régimen sancionador.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA ÚNICA.

Informe de alta.

DISPOSICION DEROGATORIA ÚNICA.

Derogación general y de preceptos concretos.

DISPOSICIÓN FINAL ÚNICA.

Entrada en vigor.

BLOQUE PROFESIONAL

UNIDAD DIDÁCTICA 1. EL CELADOR COMO PROFESIONAL DEL SSP

*Autores:
Pilar Cuevas Matas
Antonio Benítez Leiva*

1. EL CELADOR COMO PROFESIONAL DEL SSP
 - 1.1. VISIÓN GENERAL DEL CELADOR COMO PROFESIONAL DEL SSP.
 - 1.2. LAS PROFESIONES NO SANITARIAS
 - 1.3. EL TRABAJO EN EQUIPO.
 - 1.3.1. ¿QUÉ ES TRABAJAR EN EQUIPO?
 - 1.3.2. DIFERENCIAS ENTRE EQUIPO DE TRABAJO Y GRUPO DE TRABAJO
 - 1.3.3. JUSTIFICACIÓN DE UN EQUIPO DE TRABAJO
 - 1.3.4. PUESTA EN MARCHA DE UN EQUIPO DE TRABAJO
 - 1.3.5. MIEMBRO IDEAL DE UN EQUIPO DE TRABAJO
 - 1.3.6. DELEGACIÓN DE COMPETENCIAS
 - 1.3.7. COHESIÓN DEL EQUIPO
 - 1.3.8. REUNIONES
 - 1.3.9. TOMA DE DECISIONES
 - 1.3.10. PENSAMIENTO DE EQUIPO
 - 1.3.11. DIFICULTADES
 - 1.3.12. CONFLICTOS
 - 1.3.13. MOTIVACIÓN
 - 1.3.14. AUTONOMÍA
 - 1.3.15. FORMARSE
 - 1.3.16. EVALUACIÓN DEL EQUIPO
 - 1.3.17. RECOMPENSAS
 - 1.3.18. EQUIPO EFICAZ
 - 1.3.19. EQUIPO QUE NO FUNCIONA
 - 1.3.20. AGENDAS OCULTAS
 - 1.3.21. EL PLAN DE TRABAJO
 - 1.3.22. NORMAS Y PROCEDIMIENTOS
 - 1.3.23. LOS RESPONSABLES INMEDIATOS
 - 1.3.24. ADMINISTRACIÓN DEL TIEMPO

- 1.4. PAPEL DEL CELADOR EN EL EQUIPO SANITARIO.
 - 1.4.1. FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES
 - 1.4.2. FUNCIÓN DEL CELADOR
 - 1.4.3. FUNCIONES ESPECÍFICAS
 - 1.4.4. CONCLUSIONES FINALES.

- 1.5. UNIDADES CLÍNICAS DE GESTIÓN
 - 1.5.1. INTRODUCCIÓN
 - 1.5.2. MARCO DE FUNCIONAMIENTO Y NORMAS DE LAS (UGC)
 - 1.5.3. DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD CLÍNICA DE GESTIÓN
 - 1.5.4. OBJETIVOS
 - 1.5.5. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA
 - 1.5.6. PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS
 - 1.5.7. VÍAS CLÍNICAS
 - 1.5.8. PROTOCOLO
 - 1.5.9. GUÍA FÁRMACO TERAPÉUTICA
 - 1.5.10. GINF (GUÍA DE INCORPORACIÓN NUEVOS FÁRMACOS)
 - 1.5.11. PERFIL DE PRESCRIPCIÓN
 - 1.5.12. GANT (GUIA PARA LA ADQUISICIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS)
 - 1.5.13. FORMACIÓN
 - 1.5.14. COMPETENCIA PROFESIONAL
 - 1.5.15. PLAN COMUNICACIÓN
 - 1.5.16. PLAN DE ACOGIDA A NUEVAS PROFESIONES
 - 1.5.17. EVALUACIÓN

1.1. VISIÓN GENERAL DEL CELADOR COMO PROFESIONAL DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

A finales del año 1998, un Diario médico especializado en noticias médicas, publicaba un breve reseña sobre las I Jornadas Técnicas que, bajo el esperanzador título "Avanzando hacia el futuro". Habían reunido a más de 500 celadores, en representación de todas las provincias españolas a excepción de Ceuta y Melilla, en el Hospital Doce de Octubre de Madrid para debatir la situación y problemas de ese colectivo.

El artículo estaba encabezado por el titular "Celador de hecho, de derecho ¿Cuándo?" recoge las declaraciones de un miembro del comité organizador de estas I Jornadas técnicas:

"el celador es el profesional dentro de la actividad sanitaria, que mas diversidad de funciones tiene asignadas y, sin embargo, probablemente es el profesional del que menos se acuerda el resto de la familia sanitaria".

"El celador está presente en todos y cada uno de los servicios de un centro hospitalario a lo largo de todos los días del año y 24 horas al día. Igual esta en almacenes, que en quirófanos o realizando tareas de información. Es profesional polivalente, con demasiada variabilidad de funciones y muy diferenciadas que y que tiene que estar preparado en todo momento para todas ellas. "

A pesar de esta gran variedad de tareas "nunca ha habido manuales de acogida para celadores de nueva incorporación, ni tampoco cursillos de preparación. Es ahora cuando empieza a haberlos en algunos centros hospitalarios.

Los celadores pueden trasladar mobiliario y también trasladar pacientes: pueden estar destinados en almacén, lavandería o lencería o en quirófanos o paritorios.

Realizan funciones sanitarias o, al menos, complementarias de estas, pero tienen la condición de personal NO sanitario.

Por ello uno de los problemas puntuales con el que se encuentran a diario los celadores es el solapamiento de funciones con la función auxiliar de enfermería, derivado de la falta de integración del celador con el resto del equipo sanitario al acometer las tareas asistenciales:

"cuando la integración del celador no es la que debiera en el equipo asistencial, hay problemas de quien debe realizar una labor y quien no".

En el trasfondo de estas Jornadas, subyace la compleja situación en la que se encuentra sumida esta categoría profesional: mientras que los valores y la organización del sistema sanitario han experimentado y experimentan profundas transformaciones y la sociedad ha evolucionado en la demanda de servicios, la figura del celador permanece anclada en la definición de sus funciones que establece el Estatuto de Personal no Sanitario.

Este hecho, asociado a la coetilla que introduce el mencionado Estatuto de Personal no Sanitario al establecer las funciones de los celadores (también serán misiones del celador todas aquellas funciones similares a las anteriores, que le sean encomendadas por sus superiores y que no hayan quedado específicamente reseñadas) hace que en

cada hospital las tareas asignadas a los celadores se basen en la costumbre como norma, que ha servido para concretar en el día a día las funciones genéricas recogidas en el propio Estatuto.

1.2. LAS PROFESIONES NO SANITARIAS

El Estatuto de Personal no Sanitario. (Derogado por la LEY 55/2003, DE 16 DE DICIEMBRE, DEL ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD(B.O.E. nº 301, de 17 de diciembre)) Clasificaba al personal en 4 grupos:

- Personal técnico (titulado o acreditado),
- Personal de servicios especiales,
- Personal de oficios
- Personal subalterno.

La diferencia entre ellos radicaba en los requisitos de titulación y conocimientos necesarios para el desempeño de las tareas propias y que les han sido exigidos para su ingreso, aparte del personal técnico, que desempeñaba aquellas funciones para cuyo ejercicio les facultaba una determinada titulación,

El artículo 9 de dicho estatuto especificaba que el grupo de personal subalterno tendrá a su cargo las funciones propias de su denominación, prestando la colaboración que le sea requerida en orden al cumplimiento de su misión.

Por tanto, del DEROGADO texto del Estatuto de Personal no Sanitario se deducían, por tanto dos conclusiones:

1. Para el desempeño de sus funciones, el personal subalterno no requiere titulación, especialización o conocimientos específicos.
2. Una característica definitoria del trabajo del celador en las Instituciones sanitarias es el desempeño de tareas delegadas: prestando la colaboración que le sea requerida en orden al cumplimiento de su misión.

Por otro lado, el artículo 14 del Estatuto de Personal no Sanitario recogía las misiones del personal subalterno, en concreto las que corresponderían a los celadores. Este Estatuto de Personal no Sanitario fue derogado por la LEY 55/2003, DE 16 DE DICIEMBRE, DEL ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

1.3. EL TRABAJO EN EQUIPO.

1.3.1. ¿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 sí 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 sí 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.

1.3.2. 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.

1.3.3. 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.

1.3.4. 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, realzar 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

1.3.5. 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.

1.3.6. 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 exime 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.

1.3.7. 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.

1.3.7.1. 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.

1.3.8. 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

1.3.9. 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

1.3.10. 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

1.3.11. 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

1.3.12. 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.

1.3.13. 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.

1.3.14. 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:

1.3.15. 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.

1.3.16. 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

1.3.17. 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.

1.3.18. 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.

1.3.19. 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

1.3.20. 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.

1.3.21. 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.

1.3.22. 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.

1.3.23. 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.

1.3.23.1. 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?: numero 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?

1.3.23.2. 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....)

1.3.23.3. 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.

1.3.24. 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

Establecer orden de prioridad
Establecer plazos máximos
Hacer estimaciones realistas

Intenta hacer demasiadas cosas a la vez

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

Delegue mas.

Retrasa los trabajos que menos le gusta

Fije plazos y ajústese a ellos.
Pase pronto los malos tragos, luego se sentirá mejor.

Le falta tiempo para pensar

Deje huecos libres (parte del día o de la semana para pensar, sin papeleo ni interrupciones).

La visita le interrumpen continuamente

Procureseleccionarlasvisitasinoportunas.
Concierte citas y procure respetarlas.
Reserve huecos libres cuando no quieran que le interrumpen. (Horario Afiliados).

Interrumpen constantemente el teléfono

Filtre las llamadas. Indique que llamará Ud. Cuando esté libre

Pierde demasiado tiempo las conversaciones

Decida con antelación lo que pretende en 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

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 más 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 último 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.

1.4. PAPEL DEL CELADOR EN EL EQUIPO SANITARIO.

Esencialmente trataremos el tema referido a la atención especializada, ya que este es el ambiente en el que nos desenvolvemos.

Diremos, que en cada servicio, las tareas se llevan a cabo por un equipo de salud; este equipo de salud lo forman, médicos, enfermeros, celadores, auxiliares de enfermería, entre otros, y son la célula básica de todo servicio hospitalario.

1.4.1. Funciones y responsabilidades.

La función del celador es "muy diversa" y depende fundamentalmente de cada servicio, de las tareas que se efectúen en este y de las necesidades particulares de los pacientes en cada momento.

Esto en realidad se presta a la ambigüedad y, en algunos momentos, puede ser motivo de confusión y fricción entre otros miembros del equipo sanitario, ya que, aunque cada servicio tiene en sus protocolos las funciones del celador, sin embargo, pueden existir interpretaciones particulares de los profesionales y de la situación particular o actividad que se plantee.

A modo de ejemplo:

Si un celador tiene la misión de transportar enfermos al servicio de Radiología, y en un momento puntual fuese absolutamente necesario el recoger una medicación urgente en Farmacia para el área de quirúrgica de radiología, en función de la tarea que se le había encomendado, podría suponer que esta actividad no se incluiría dentro de lo asignado, aunque debido a la situación de necesidad en ese momento, el celador debe atender la petición.

Con esto lo que se intentamos demostrar es que en la mayoría de los casos no se pueden concretar las funciones hasta definir las totalmente.

1.4.2. Función del celador

- A) Montaje de las camas.
- B) Levantará y acostará a los pacientes. Colaborará en la realización de los cambios posturales. Movimiento general del enfermo en unidades de hospitalización.

- C) Traslado del siguiente material:
- Carros de comida.
 - Mobiliario.
 - Material de farmacia.
 - Material necesario en hospitalización.
 - Material de estéril y quirófano.
- D) Traslado de analítica a sala de extracciones y traslado de analíticas urgentes al hospital general en caso de que dependa, utilizando el servicio de taxis concertados.
- E) Control, vigilancia y hacer cumplir el horario de visitas.
- F) Traslado al depósito de cadáveres.
- G) Encame de los nuevos ingresos.
- H) Vigilancia y control de los accesorios que acompañan al enfermo durante su transporte: sondas, sueros, drenajes, etc.
- I) Notificación al enfermero/a de cualquier incidencia habida en la unidad o servicio de trabajo.
- J) Colaboración con el enfermero en todo aquello para lo que pueda ser requerido dentro de sus funciones.
- K) Traslado de enfermos a los diferentes departamentos (Rayos, Quirófanos, rehabilitación etc.).
- L) El jefe de celadores deberá estar continuamente localizado para poder subsanar en todo momento cualquier requerimiento que acontezca, ya sea ordinario o extraordinario.



Figura 1. Pirámide de dependencias del celador

Mediante este gráfico, podemos ver que, el papel del celador en el equipo sanitario se ve condicionado por una dependencia orgánica y funcional que son diferentes e independientes, y además, que su tarea está directamente influenciada por el trato diferencial del personal asistencial, manteniendo en la mayoría de los casos una relación "idílica" con este, debido sobre todo, a la "dependencia funcional", que en su actividad, mantienen los profesionales sanitarios con los celadores.

Y, es que en realidad el papel del celador es básico dentro de cualquier servicio en el que este participe, porque en todo equipo sanitario las piezas han de encajar a modo de rompecabezas de tal forma que, si alguna no encaja bien, las otras se ven perjudicadas para poder desempeñar su labor.

- 1) Si el equipo del servicio de Rayos esta esperando para ponerse a trabajar, que le traigan un paciente de la unidad de hospitalización, estos no podrán funcionar hasta que el celador no transporte al enfermo al servicio de Rayos.
- 2) En los servicios de urgencia de cualquier complejo hospitalario el papel del celador es vital, en cuanto a que, no se pueden modificar algunos tratamientos, ni efectuar diversas actividades en los pacientes, sin disponer de la inmediatez de los resultados de ciertos análisis, o de alguna prueba complementarias, y es aquí donde la eficacia del celador en su tarea, influye notablemente en el resultado final de la actividad funcional del servicio.

1.4.3. Funciones específicas.

En cuanto a las funciones específicas del celador es imposible detallar en su totalidad, pues como dijimos anteriormente depende del servicio y de sus protocolos, pero si diremos que variarán en los siguientes casos:

- Contacto directo con el usuario: (unidades de hospitalización)
- Contacto transitorio (servicios generales, rayos)
- Contacto intermitente (transporte, etc.)
- No contacto directo con el usuario: Servicios generales (estéril, farmacia) Servicios no sanitarios (almacén, admisión, administración, etc.)

1.4.4. Conclusiones finales.

- A) En cada institución sanitaria existen diferentes connotaciones acerca de la función específica de un celador en su servicio y por ello dependiendo del lugar donde se encuentre éste tiene el deber de conocerlas y estar informado en todo momento de cualquier cambio que exista.
- B) Que el grupo celador es pieza básica en la sanidad debido a su función de apoyo en cualquier actividad sanitaria.
- C) Que debido a las connotaciones diferentes, en cuanto a las funciones referidas, pueden darse, en algunos casos, fricciones con el personal asistencial, que deben

ser subsanable con una interpretación adecuada, en cada momento, del objetivo principal de la tarea y del trabajo del equipo, garantizando, en todos los casos, los derechos de los profesionales implicados.

- D) Que la formación continuada: cursos, charlas, talleres y reuniones formativas son necesarias para avanzar y actualizar los conocimientos del celador, debido a la cada vez mas compleja actividad asistencial y a los cambios permanentes en la organización sanitaria.

1.5. UNIDADES CLÍNICAS DE GESTIÓN

1.5.1. Introducción

En todos los países desarrollados de nuestro entorno se ha generalizado la búsqueda de nuevas formas de gestión y organización de los servicios sanitarios con la finalidad de dar una respuesta mas satisfactoria a las necesidades de salud de los ciudadanos y al mismo tiempo hacerlos mas eficientes.

La gestión clínica constituye un proceso de rediseño organizativo que incorpora a los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica. Supone otorgar a estos profesionales la responsabilidad sanitaria y social que le corresponde a su capacidad de decisión junto al paciente.

La unidad de gestión clínica (UGC) es una estructura organizativa donde se desarrolla la gestión clínica.

La gestión clínica representa una herramienta de innovación necesaria en la gestión de los servicios de cara a mejorar la eficacia, la efectividad y la eficiencia de los mismos partiendo de la premisa de la capacidad de los profesionales para ser responsables y autónomos.

Bajo la filosofía de gestión clínica se abordan, de manera integrada, los 5 pilares de la atención sanitaria de nuestro S.N.S: prevención, promoción, asistencia, rehabilitación y cuidados.

Los principales instrumentos de la gestión clínica son el conocimiento estructurado de las necesidades en salud de la población atendida, la utilización del mejor conocimiento científico disponible, un modelo de practica integrado y participativo, así como el uso de herramientas de evaluación (guías de practica clínica, trayectorias clínicas, revisión sistemática de la literatura, metodología de uso adecuado de fármacos y tecnología sanitaria, análisis de coste-utilidad y coste-efectividad, medición de resultados, satisfacción del usuario, etc).

La gestión clínica implica coordinar y motivar personas para conseguir unos objetivos relacionados con la toma de decisiones diagnosticas y terapéuticas.

1.5.2. Marco de funcionamiento y normas de las (UGC)

A) Un solo director de UGC.

Cada UGC estará liderada por un solo "Director de UGC" que deberá tener dedicación exclusiva en el SSPA y que se regirá por la normativa vigente.

El director de la unidad propondrá a la dirección del hospital/ área de gestión sanitaria (AGS), los objetivos que la unidad considera deben incluirse en el acuerdo de gestión. La dirección del centro podrá modificar estos objetivos y actividades atendiendo a criterios de accesibilidad, calidad, expectativas del usuario y disponibilidad presupuestaria.

El director de la unidad podrá establecer colaboraciones especiales con los servicios de atención primaria para mejorar y agilizar las derivaciones a consultas y petición de pruebas complementarias para la disminución de los tiempos de espera y la mejora de la efectividad clínica, a través de la dirección del hospital/ AGS.

La dirección del hospital/AGS, junto con el director de la unidad, podrá incluir o excluir servicios e la cartera de la unidad, segundas necesidades de la población que atiende y teniendo en cuenta la evaluación del acuerdo del año anterior. En cualquier caso, la puesta en funcionamiento de servicios nuevos en la unidad deberá contar con la autorización expresa de la DGAS.

El director del hospital/AGS y el director de la unidad se comprometen a disponer y facilitar la información necesaria para la evaluación y seguimiento de todos los aspectos incluidos en el presente acuerdo.

B) Composición multiprofesional

Las UGCs, estarán formadas por equipos multiprofesionales. Todas las UGC deberán cumplimentar y negociar el presente documento con la dirección gerencia del hospital/ área de gestión sanitaria (AGS).

En este sentido es importante señalar que existe la posibilidad de recurrir a participaciones a tiempo parcial, aunque lo deseable es la pertenencia a tiempo total a una sola unidad. Estas participaciones parciales deben ser justificadas adecuadamente en el acuerdo de gestión y deberán ser autorizadas por la dirección del centro, y recibir el visto bueno de la dirección general de asistencia sanitaria.

Lógicamente, el total de dedicaciones parciales no podrá ser superior al 100%, y por tanto, si un profesional pertenece a tiempo total a una UGC no podrá participar como miembro de otra. También debe tenerse en cuenta, que los profesionales con contratos eventuales de duración inferior a 4 meses, no podrán recibir incentivos económicos por UGC, como ya ocurre con la percepción del complemento de rendimiento profesional.

No participara en las UGC los jefes de bloque, subdirectores o cargos no relacionados directamente con al actividad asistencial, clínica u organizativa de la unidad.

El personal residente (MIR, FIR, PIR, etc.) y el personal becario no podrán recibir incentivos . Solo podrá percibir incentivos el personal estatuario. Atendiendo a la

normativa vigente, los médicos con nombramiento exclusivo para atención continuada no pueden participar en la distribución de incentivos, aunque se les considere en el listado de componentes de la UGC. Esta situación se mantendrá hasta que se modifique su tipo de contrato.

Es imprescindible aclarar el número de los profesionales, así como, las características de los contratos de las personas que se proponen como componentes de la UGC.

C) Condiciones básicas necesarias de la dirección del hospital/ AGS para que existan UGCs

La dirección general del hospital/AGS debe asegurar que se dispone de una serie de condiciones para desarrollar el modelo de UGC. Estas condiciones básicas son:

- Disponer de sistemas de información con capacidad para garantizar la validez de los datos que configuran la evaluación y seguimiento del presente acuerdo.
- Posibilitar la explotación de todos los sistemas de información, actuales y futuros, que son necesarios para monitorizar el funcionamiento de las UGC. (CMBD-A, INIHOS, SICPRO, COAN-HYD, INFHO, DIRAYA, AGD,etc.)
- Tener capacidad para descentralizar en las UGC gestión clínica, al menos para posibilitar el cumplimiento del apartado de autonomía de gestión de la "Regulación del funcionamiento de la unidad".
- Realizar el reparto entre los distintos servicios de la totalidad de los objetivos de costes que anualmente le autorice la dirección gerencia del servicio de salud.
- Tener capacidad para dar de alta a la UGC, como centro de responsabilidad en el sistema de contabilidad analítica (COAN-HYD).
- Aportar la información relacionada con la gestión económica de la UGC en el periodo de tiempo acordado con el responsable de la misma.

D) Condiciones básicas para ser una UGC

- La unidad debe fijar el número y perfil de los profesionales necesarios para garantizar el cumplimiento de los objetivos.
- La UGC debe asegurarse de que los integrantes de la misma conozcan los objetivos recogidos en el presente acuerdo. Para cada ejercicio anual debe realizarse, al menos, una reunión en la que se presenten los objetivos a los que se compromete la UGC. De esta reunión se levantara acta y esta será firmada por todos los miembros que componen la unidad como prueba de conformidad y conocimiento de tales compromisos.
- La atención de los pacientes y familiares debe regirse por los derechos y deberes de los usuarios recogidos en las diferentes normativas vigentes.
- La UGC debe garantizar la utilización adecuada y necesaria de los sistemas de información disponibles y /o facilitar información clínica necesaria para posibilitar su monitorización y evaluación.

- El trabajo de las UGC debe organizarse siguiendo procedimientos de protocolización para abordar la actividad asistencial mas frecuente.
- La unidad debe disponer de un procedimiento para asegurar que cada uno de los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas y /o pruebas diagnosticas firmen el consentimiento informado.
- La unidad debe utilizar criterios claros y explícitos para justificar la necesidad de incorporar aquella tecnología que mejore su actividad.
- Las actividades investigadoras, si las hubiera, de las UGC deben regirse por los principios éticos (Declaración de Helsinki) y contar con la aprobación del "Comité de Ética e Investigación del Centro Sanitario".

E) Competencia del director de la unidad

- Dirigir y organizar la unidad, con el fin de alcanzar los objetivos establecidos e el acuerdo de gestión.
- Negociar con la dirección gerencia del hospital/AGS el acuerdo de gestión clínica.
- Establecer, de acuerdo con la dirección gerencia del hospital /AGS los horarios, los turnos y la distribución de funciones de la unidad que permitan lograr el cumplimiento de los objetivos establecidos.
- Realizar un propuesta explicita del reparto de incentivos en su unidad, previa a la evaluación del cumplimiento de los objetivos.
- Decidir el reparto de los incentivos correspondientes a cada integrante de la unidad una vez realizada la evaluación de la misma.
- Proponer a la dirección del hospital/AGS la contratación de bienes y servicios para la unidad, participando en el elaboración de los informes técnicos correspondientes. Estas propuestas se realizaran de acuerdo a la normativa de aplicación vigente y a la disponibilidad presupuestaria.

1.5.3. Descripción de la unidad clínica de gestión

A) Misión y valores

La unidad debe describir la misión y valores (¿Qué somos?) y el análisis de la situación (¿Qué hacemos?), además de identificar los profesionales con los que debemos llegar a acuerdo (¿con quien lo hacemos?).

1. Misión: La misión es la definición de la finalidad o razón de ser de cada unidad. No se trata de describir la cartera de servicios, actividades o función, sino el propósito que justifica la creación o continuidad de una unidad de gestión clínica. Una unidad de gestión clínica debe prestar la mejor atención posible a los problemas de salud de los pacientes que atiende. Para ello, su practica asistencial estará basada en el mejor conocimiento científico disponible y tendrá la eficiencia en la utilización de los recursos, así como las expectativas del ciudadano

acerca de la accesibilidad a los servicios sanitarios y la continuidad asistencial. Por tanto, en la descripción de la misión que realice cada unidad deben quedar claros los principales problemas de salud que atiende, destacándolos en base a su relevancia o prevalencia. Además, es conveniente que se defina el tipo de pacientes (edad, genero, pluripatología, etc) y familiares a los que se presta atención.

2. Valores: Los valores son aquellos elementos que conforman la conducta básica de las personas que forman parte de la unidad y lo que se espera de ellas. Por tanto deben basarse en principios como:
 - El respeto a las creencias y decisiones e la persona enferma y sus allegados.
 - La confidencialidad e intimidad del paciente necesarias para preservar la dignidad de las personas.
 - La búsqueda de la excelencia y la mejora continua de la calidad asistencial.
 - La continuidad asistencial.
 - El trabajo en equipo.
 - El compromiso con el sistema sanitario publico.
 - La información y la transparencia.
 - El uso adecuado de los recursos y de la innovación tecnológica.
 - El liderazgo clínico responsable, etc.

B) Análisis de la situación de la unidad

Cada unidad analiza su situación actual, teniendo en cuenta sus características propias y las derivadas del tipo de unidad de gestión clínica de que se trate (medica, quirúrgica, mixta, diagnostica, salud mental, etc.).Deberá definir:

- Sus funciones principales, definidas por cartera de servicios y el catalogo de procedimientos diagnósticos y pruebas complementaras.
- Su principal actividad, reflejando su cáustica mas frecuente tanto en las áreas de consultas como hospitalización.
- Los recursos principales con los que cuenta (describiendo brevemente estructuras y espacios en las diferentes áreas) y el personal que la integra.

C) Relación con otras unidades y servicios

Identificar el grupo o grupos de profesionales de otras unidades o servicios con los que hay que llegar a acuerdos para la correcta realización de las actuaciones que se estimen relevantes y/o prioritarias.

1.5.4. Objetivos

La unidad de gestión deberá ser capaz de identificar los objetivos que se pactaran anualmente con la dirección del hospital/área de gestión sanitaria. Cada año deberán priorizarse aquellas áreas que la unidad y la dirección de su centro consideren oportunas.

El principal requisito es que estos objetivos sean realistas, ambiciosos pero alcanzables, medibles, que añadan valor a la prestación de servicios de la unidad y que reflejen fielmente su práctica habitual.

También se podrá plasmar una estimación de los objetivos para años subsiguientes, sin que esto implique un compromiso explícito, solo a efecto de su utilidad para interferir las metas de la unidad y su proyección a medio-largo plazo.

La fijación de objetivos o estándares y su posterior comparación con el resultado obtenido (evaluación) es esencial en el modelo de mejora continua de la calidad y por tanto para la gestión clínica. Por tanto, la determinación de objetivos constituye el núcleo del presente acuerdo.

Existen una serie de dimensiones en las que es obligado fijar objetivos según el tipo de unidad (medica, quirúrgica, mixta, diagnostica...). Cada una de estas dimensiones tiene un peso específico dentro del modelo de acuerdo.

A) Actividad y rendimiento

Cada unidad decidirá junto a la dirección gerencia de su hospital/AGS cuales serán los objetivos prioritarios de actividad y rendimiento. Estos objetivos deberán estar en consonancia con los recogidos en el centro-programa del hospital/AGS.

Podrán enunciarse las previsiones para el año en curso y también los datos actuales de partida. Se revisaran con carácter anual y se evaluarán los resultados objetivos.

Los indicadores obtenidos directamente de los sistemas de información de actividad asistencial disponibles (INIHOS, SICPRO, INFHOS...) no necesitan acompañarse de definición.

Sin embargo, aquellos indicadores que se utilicen para monitorizar actividades específicas de la unidad, no recogidas en los sistemas de información, deberán ser correctamente definidos (nombre, fórmula del indicador y sistema de registro).

Un objetivo de aumento o disminución neta de actividad no aporta valor ni área de mejora si no tiene una justificación asistencial (estancias evitables, adecuación de ingresos y derivaciones, control de la demanda, aumento de oferta, resultados en la aplicación de un protocolo, etc).

Además, los objetivos de actividad expresados en números absolutos no permiten apreciar claramente su idoneidad., sería más interesante hacerlo en términos relativos (%). La unidad deberá fijar el objetivo de acuerdo a los resultados obtenidos en ejercicios anteriores.

B) Accesibilidad

1. *Oferta horaria:*

La atención y la asistencia sanitaria deben ser accesibles y estar disponible para todos los ciudadanos. Se detallara la oferta horaria (que deberá incluir siempre horario de tarde) y se especificara la actividad a realizar durante la jornada (consultas, actividad quirúrgica,...) así como el numero de profesionales que participan. El objetivo se expresara en porcentaje. Por ejemplo: % de pacientes vistos en consulta, % pacientes intervenidos quirúrgicamente, % de intervenciones quirúrgicas en horario de tarde.

2. *Consulta de acto único:*

Entendida como "aquella que permitirá que, el mismo día, el paciente sea visto por el especialista, se le realicen las correspondientes pruebas diagnosticas, se le proporcione un diagnostico e incluso una propuesta terapéutica cuando sea necesario". El acto único imprime agilidad al proceso de atención al paciente. Cada unidad deberá adaptar esta definición a su entorno, de acuerdo con los servicios que presta y hacerla explicita.

3. *Tiempos de espera:*

Estos objetivos deberán ajustarse, como mínimo, a los tiempos de espera establecidos en los decretos de garantía de plazo de respuesta quirúrgica, procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos en el sistema sanitario público.

4. *Morbilidad/ mortalidad intrahospitalaria y circunstancias adversas referidas a la utilización hospitalaria:*

Las tasas de circunstancias adversas debidas a la utilización hospitalaria (por ej. Ingresos evitables), de morbilidad hospitalaria (por ej. Infecciones adquiridas en el hospital) o mortalidad intrahospitalaria, constituyen indicadores clásicos en la monitorización de la calidad de los servicios hospitalarios.

Cada unidad y hospital/ AGS propondrá los indicadores que encuentre más en consonancia con el tipo de problemas de salud que atiende y que midan mejor resultados en mortalidad/ morbilidad/ circunstancias adversas. En cada propuesta, deben detallarse los numeradores y denominadores del indicador, fuentes de información, sistemas de registro y demás aspectos de la metodología de su evaluación.

Para la fijación del objetivo o estándar se tendrá en cuenta, además de las particularidades de cada unidad clínica (tipo de unidad, tipo de actividad: hospitalización, ambulatoria,...), el resultado obtenido en el indicador el año anterior, siempre que sea posible medirlo retrospectivamente.

El compromiso en la consecución de los objetivos fijados debe implicar, además, una mejora de la calidad de los informes de lata e informes de continuidad de cuidados y un esfuerzo en el registro de las variables que serán requeridas para medir cada uno de dichos indicadores.

5. Indicadores clínicos y normas de calidad:

Los servicios sanitarios deben orientar su actividad en función de los resultados de salud finales (supervivencia y calidad de vida de los pacientes) más que en los resultados intermedios. No obstante, en la monitorización y evaluación de una UGC es prioritaria la medición de indicadores de resultado intermedios como reflejo del desempeño de una práctica clínica correcta.

En esta dimensión se incluirán los indicadores clínicos (intermedios o finales) de los problemas de salud más relevantes y / o prevalentes de la unidad, seleccionados por la validez e importancia que proporciona el mejor conocimiento científico disponible, su fiabilidad y la posibilidad de ser medidos de manera coherente.

Aquellas unidades cuya actividad incluya la colaboración en procesos asistenciales integrados (PAIs) de los mapas vigentes, priorizarán en esta dimensión los indicadores referentes a "las normas de calidad" de los PAIs que le competan.

En el caso de las UGC diagnósticas se incluirán aquí los objetivos relacionados con el cumplimiento de estándares de calidad, igualmente seleccionados por la validez e importancia que proporciona el mejor conocimiento científico disponible, su fiabilidad y la posibilidad de ser medidos de manera coherente.

6. Indicadores clínicos de los diagnósticos de enfermería:

Se orientará la medición de resultados en los diagnósticos enfermeros que con mayor frecuencia son atendidos en la unidad.

Las UGC deberán trabajar con planes de cuidados estandarizados que nos permita medir y evaluar los resultados obtenidos relacionados con el diagnóstico enfermero y las repercusiones de los cuidados en los resultados de salud intermedios y finales de los pacientes. Estos planes de cuidados estandarizados estarán centrados en los diferentes grupos de pacientes que se atienden en la unidad y su fin es la aplicación individual según las necesidades de cada paciente.

7. Orientación a los ciudadanos. Información y medida de la satisfacción:

Cada UGC fijará planes y procedimientos que tengan como finalidad la orientación de los servicios al ciudadano:

- Plan de acogida de los pacientes
- Personalización de la atención
- Identificación de la enfermera de referencia
- La unidad determinará el mecanismo de asignación del médico y la enfermera de referencia de cada paciente, de forma que se garantice la personalización y continuidad de la asistencia.
- Plan de atención a cuidadoras, cuidadores y familiares.

- Sistemas de información personalizada de los procedimientos quirúrgicos y diagnósticos ante la firma del consentimiento informado. El 100% de los pacientes firmaran el consentimiento informado cuando vayan a ser sometidos a un procedimiento quirúrgico y / o terapéutico. Este objetivo debe ligarse a incentivos en todas las unidades que procedan. Protocolo explícito de atención / información a pacientes y familiares (horarios, tipo de personal,...).
- Encuesta de satisfacción: Todas las unidades deberán utilizar el mismo instrumento para medir la satisfacción de la población que atiende. La encuesta deberá ser adaptada dependiendo del tipo de unidad y cada una, fijara el objetivo o el estándar del nivel de satisfacción esperado para el año, global y para una de las dimensiones y / o ítems que considere mas adecuada. Si la UGC no ha utilizado esta encuesta el año anterior deberá fijar los estándares guiándose por los resultados obtenidos en el hospital / AGS durante el año anterior.
- Tasa de reclamaciones.

8. *Adecuación de la prescripción y consumo de fármacos:*

El uso racional del medicamento constituye un objetivo prioritario de nuestra organización sanitaria. Por ello, la unidad deberá poner especial énfasis en tomar las medidas necesarias tendentes a conseguir la utilización de los medicamentos de la forma más eficiente.

Objetivos comunes para todas las UGC

Cada UGC fijara el objetivo correspondiente par el año en lo referente a:

- % de desviación sobre el objetivo de consumo interno de medicamentos fijados por el centro.
- Prescripción por "principio activo".
- No prescripción de novedades terapéuticas (NTNR) de las que no existe suficiente experiencia clínica o que no aporten ninguna ventaja sobre las alternativas existentes.

Objetivos específicos según tipo de UGC prescriptora

Los facultativos de la unidad se adecuaran a los principios de uso racional del medicamento prescribiendo aquellos medicamentos más eficientes en las patologías tratadas por dicho unidad.

9. *Investigación:*

Los proyectos de investigación deberán cumplir con los requisitos éticos establecidos (declaración de Helsinki) y deberá tener el visto bueno de la "comisión de ética e investigación" de cada centro sanitario.

Seria conveniente que las unidades de gestión clínica impulsaran proyectos de investigación que le permitan mejorar la calidad de su atención sanitaria y que aporten conocimiento al SPS: investigación en servicios sanitarios, evaluación de procedimientos, implantación de guías de práctica clínica, investigación en resultados en salud (calidad de vida, supervivencia), etc.

10. Planes y herramientas de mejora utilizadas:

- Continuidad asistencial: Un elemento de primer orden el SPS es la eliminación de cualquier factor que pueda producir fracturas en la continuidad asistencial entre la Atención Primaria y la Especializada, incorporando la gestión por procesos, como un elemento facilitador y de acercamiento desde la perspectiva clínica. Las UGC deben fijarse objetivos específicos siguiendo las indicaciones que aparecen en el "Modelo de acuerdo de gestión entre distritos y hospitales/ áreas" y centrándose en los siguientes aspectos:
- Gestión por procesos asistenciales integrados (PaIs).
- Compromiso de mejora en la calidad y cantidad de información de los informes de alta e informes de continuidad de cuidados.
- Oferta consultoría por especialidad.

Disminución de la variabilidad de la practica clínica y uso adecuado de fármacos y procedimientos

La variabilidad de la practica clínica es inherente a la toma de decisiones diagnosticas y terapéuticas que realizan los profesionales frente a los pacientes y no siempre es deseable o posible disminuirla. Sin embargo, en este proceso existe una variabilidad indeseable evitable cuya identificación debe ser el primer paso para fijar objetivos en esta dimensión, puesto que esta variable inapropiada tiene unas consecuencias para los pacientes, que pueden recibir una atención subóptima y / o perjudicial.

No obstante hay que tener presente que la ausencia de variabilidad no garantiza que la atención que se presta sea la optima o adecuada. La unanimidad clínica no es sinónimo de efectividad clínica.

Indudablemente muchas intervenciones aportan beneficios a los pacientes, pero esas mismas intervenciones no están exentas de riesgos, inconvenientes y costes (otras intervenciones disponibles aportan beneficios escasos o son inútiles). De aquí la necesidad del uso racional de las mismas (en la literatura suele hablarse de uso adecuado o apropiado).

Una intervención clínica es la adecuada cuando es la mas conveniente en las circunstancias del paciente; es decir, aquella cuyo balance beneficios/ riesgos, inconvenientes y costes es mas favorable.

Una definición mas técnica de intervención adecuada es la siguiente: aquella para la que existe un grado razonable de certeza si el balance beneficios/ riesgos, inconvenientes y costes de una intervención es favorable, es recurrir a los resultados

de la investigación clínica de calidad (bien diseñada y realizada); es decir, a lo que se ha dado en llamar la mejor evidencia disponible (conocimientos solidamente fundamentados en la investigación científica).

La única forma de saber con un grado razonable de certeza si el balance beneficios/riesgos, inconvenientes y costes de una intervención es favorable, en que grado, y si no hay ninguna otra intervención con un balance aun mas favorable, es recurrir a los resultados de la investigación clínica de calidad (bien diseñada y realizada); es decir, a lo que se ha dado e llamar la mejor evidencia posible (conocimientos solidamente fundamentados en la investigación científica).

Uno de los aspectos fundamentales que los profesionales de una UGC deben hacer es identificar las áreas de inadecuación y variabilidad inapropiada para decidir en que aspectos y problemas de salud es mas beneficioso el empleo de herramientas que ayudan a la toma de decisiones adecuadas y disminuir la variabilidad de la practica clínica.

Herramientas

Existen diferentes herramientas (no todas sirven para lo mismo) y es importante que se analice el contexto para elegir la herramienta adecuada y utilizarla correctamente. Las herramientas mas utilizadas en nuestro entorno son:

1.5.5. Guías de Práctica Clínica

Son recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los médicos y a los pacientes a tomar decisiones acerca de la atención adecuada en circunstancias clínicas específicas. Son prescriptivas, tienen que tener identificado el grupo elaborador y sus recomendaciones deben tener una vinculación explícita de las recomendaciones a la evidencia que la sustenta. Reúne las siguientes características:

- Especificación del problema. Definición de las pregunta.
- Especificación de los resultados de interés y de las opciones disponibles.
- Revisión sistemática de la literatura para establecer la relación entre las opciones y los resultados.
- Clarificación e incorporación de valores para decidir el curso optimo de acción.
- Consideración de las circunstancias locales y modificación, si se considera necesario, del curso optimo de acción.

1.5.6. Procesos Asistenciales Integrados

La gestión por procesos es una estrategia que tiene los siguientes objetivos:

- Asegurar de forma ágil, rápida y sencilla el abordaje de los problemas de salud.
- Reducir los tiempos de ejecución de las tareas (reduciendo interfases).

- Facilitar la identificación de la no calidad en las actividades internas.
- Fomentar la implicación y compromiso de las personas.

Un proceso pretende reordenar los flujos de trabajo para aportar valor añadido dirigido a aumentar la satisfacción del cliente y a facilitar las tareas de los profesionales y su enfoque principal es asegurar la comunidad asistencial.

1.5.7. Vías clínicas

Son planes asistenciales que se aplican a enfermos con una determinada patología/problema de salud.

- Se aplican uniformemente a todos los pacientes atendidos por un diagnóstico y/o un procedimiento determinado, que presentan un curso clínico predecible dentro de un periodo de tiempo predeterminado.
- En una vía clínica se definen secuencia, duración y responsabilidad de las acciones médicas, enfermería y otros profesionales para un diagnóstico o procedimiento particular.
- Debe ser una herramienta consensuada y basada en la mejor evidencia disponible, donde se detallen las actividades día a día, mes a mes, hora a hora...
- Son herramientas locales para poder implantar las recomendaciones de la mejor evidencia posible (Guías de Práctica Clínica, Revisiones Sistemáticas) y aclarar las funciones de cada profesional implicado en la atención de un paciente concreto.
- Es de suma importancia la elección y definición concreta de la población de pacientes, que se va a beneficiar de la implantación de una vía Clínica.

1.5.8. Protocolo

Se basan en el consenso de un grupo multidisciplinario de profesionales para llegar a un acuerdo en temas de conflictos o discrepancias.

El objetivo fundamental de un protocolo va dirigido a reducir la variabilidad local.

No es obligatorio utilizar todas estas herramientas de disminución de la variabilidad la unidad decidirá cuáles son las que mejor se adaptan a sus necesidades.

Los objetivos que se plantean en esta dimensión pueden ser cualitativos (adaptación, elaboración de plan de implantación, etc) o cuantitativos (medición del grado de adhesión a las recomendaciones de estas herramientas).

1.5.9. Guía fármaco terapéutica

La unidad deberá conocer y disponer de un ejemplar de la Guía Fármaco terapéutica del hospital, adaptando su prescripción a lo señalado en esta.

Del mismo modo realizarán también uso de las normas de profilaxis antibióticas establecidas por la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica (o comisión análoga) del hospital/ área.

1.5.10. GINF (Guía de Incorporación Nuevos Fármacos)

Se trata de una adaptación de la GANT (Guía para la adquisición de nuevas tecnologías) elaborada por la Agencia de Devaluación de Tecnologías Sanitarias.

Como instrumento de apoyo a la toma de decisiones, deberá cumplimentarse siempre que se pretenda la inclusión de nuevos en la Guía Fármaco terapéutica del hospital.

1.5.11. Perfil de prescripción

Cada Unidad deberá elaborar su perfil de prescripción, de modo que todos sus integrantes conozcan el número y tipo de medicamentos que marcan las directrices de su actividad prescriptora.

1.5.12. GANT (Guía para la adquisición de nuevas tecnologías)

Constituye una herramienta para la ayuda a la toma de decisiones dirigidas a la introducción ordenada en la práctica clínica de nuevas tecnologías y orientar su uso apropiado cuando se trate de procedimientos o técnicas ya establecidos. La Unidad deberá cumplimentar la solicitud de la GANT en cualquiera de los casos anteriores.

Plan de análisis de las incidencias

Las Unidades podrán diseñar (o hacerlo en los próximos años) una herramienta que ayude a identificar sucesos "centinela" o que considere prioritarios para prestar un servicio que busca acercarse al modelo de excelencia.

Técnicas de gestión de la demanda asistencial

Se valorará la elaboración de planes de actuación dirigidos a la consecución de los objetivos de accesibilidad.

Gestión de los profesionales

Los profesionales son el elemento clave para el funcionamiento del Sistema Sanitario.

Para asegurar la participación, alentar las iniciativas y, en definitiva, lograr su satisfacción y la mejora final de la calidad de los servicios sanitarios, las unidades deberán poner énfasis en los siguientes aspectos:

1.5.13. Formación

Plan de formación personalizado que contemple las demandas y necesidades de los profesionales, reforzando aquellas competencias que son necesarias para el desarrollo de los procesos de la unidad.

Se potenciarán, además de los temas dirigidos a la mejora del conocimiento y habilidades de la práctica clínica, aquellos relacionados con: "ética asistencial" "información/ participación en la toma de decisiones", "personalización y continuidad de los cuidados", "calidad de la documentación clínica", "confidencialidad" y todos aquellos que incluyan los valores en los que se basa el modelo de atención sanitaria.

1.5.14. Competencia profesional

Podrán elaborarse perfiles o mapas de competencias de los profesionales que pertenecen (o sería deseable que pertenecieran) a la Unidad.

1.5.15. Plan comunicación

Todos los miembros deben conocer las "fortalezas" y "debilidades" de su Unidad tanto para hacerse partícipes de los éxitos como para incidir en aquellos aspectos que necesiten ser mejorados. Este plan de comunicación deberá verse compuesto por los elementos que mejor reflejen la dinámica y "cultura" de la Unidad: sesiones periódicas, paneles de comunicación interna,...

1.5.16. Plan de acogida a nuevas profesiones

Para facilitar su integración en la "vida diaria" de la Unidad.

Documentación clínica:

La UGC elaborará un plan de mejora de la documentación clínica centrándose en cuestiones tales como:

- La estructura y contenido de la historia de salud (adaptándose a la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente).
- La confidencialidad.
- Codificación de los datos para la posterior explotación

Gestión Económica:

El presupuesto operativo recoge los objetivos de costes (expresados en euros) a los que se compromete la UGC para realizar unas actividades asistenciales dadas, durante un periodo de un año.

Dimensión de libre configuración:

Se incluirán preferentemente objetivos relacionados con la investigación o la motivación y desarrollo de los profesionales, pero tienen también cabida otros aspectos a discreción de la propia Unidad.

1.5.17. Evaluación

La evaluación es el elemento fundamental de cualquier proceso que pretenda ser mejorado. Si no medimos, si no evaluamos, no podemos conocer el alcance en el cumplimiento de los objetivos fijados ni mejorar la calidad de los servicios.

Las herramientas empleadas en la evaluación deben ser elementos validados, fiables y adaptados a las necesidades de quien los utiliza.

A) Metodología

Las UGC deben definir el método que se empleara posteriormente para medir los resultados obtenidos en el año de cada uno de los indicadores y / o aspectos para los que se hayan fijado objetivos.

1. Evaluación cuantitativa

En la evaluación de aspectos cuantitativos, el indicador representara el porcentaje de eventos favorables (que cumplen el objetivo/ estándar fijado) respecto al total de eventos posibles. En otras ocasiones solo podrá comprobarse si la condición que se pretende medir se cumple o no.

Un principio básico en este proceso de evaluación cuantitativa es que la recogida de la información sea necesaria e implique el menor coste posible en tiempo y recursos.

- Indicadores en los que el numerador y el denominador proceden de los Sistemas e Información que existen en los hospitales/ áreas (INIHOS, SICPRO, CMBDA, AGD,etc). Ejemplo: "estancia media", "nº de intervenciones quirúrgicas", "tasa neta de mortalidad en la unidad", "porcentaje de reintegros", etc.
- Indicadores en los que numerador o denominador, o ambos proceden de registros . Ejemplo: "% de consultas de acto único". En estos casos el procedimiento del registro deberá estar explícito.
- Indicadores cuyo numerador y denominador se obtienen a través de auditorias de historias clínicas.

- La evaluación de las Normas de calidad de los Procesos Asistenciales Integrados, que consistirá normalmente en la auditoría de historias clínicas, se deberá ajustar a la metodología expuesta en el manual "Evaluación de Normas de Calidad de los Procesos Asistenciales Integrados en Atención Especializada".

2. *Evaluación cualitativa*

La subjetividad que puede suponer en algunos casos la evaluación cualitativa hace aconsejable que esta quede limitada únicamente a aspectos en los que no este indicada o no sea posible una evaluación cuantitativa, por ejemplo: firma de acuerdos específicos entre unidades, reuniones intra o interniveles, adaptación local de guías o protocolos validados, etc. En estos casos será necesario que se especifique claramente el método empleado así como la definición de todos aquellos conceptos que se manejen en la evaluación y que se consideren importantes para la misma.

La evaluación del cumplimiento del objetivo debe realizarse por 2 evaluadores externos a la unidad, de forma independientemente, y el resultado debe decidirse por consenso. En caso de desacuerdo el objetivo se considerará no cumplido.

Las funciones de valor que deben asignarse son:

- Objetivo cumplido: 10
- Objetivo no cumplido: 0

B) Evaluación global de la Unidad

La evaluación debe ser un proceso dinámico, capaz de adaptarse a los cambios que imprima el avance de la gestión clínica como modelo de trabajo. En este sentido, podrán revisarse y modificarse anualmente aquellos aspectos que contribuyan a evaluar las unidades de un modo más válido y fiable de acuerdo a su desarrollo (peso de los objetivos, incentivos no económicos, etc.).

1. *Incentivos económicos individuales*

Cada Unidad dispondrá de una bolsa inicial y máxima de incentivos cuya cuantía vendrá determinada por el número y categorías de los profesionales que la constituyen.

Esta cuantía se modificará, en función de la evaluación global del cumplimiento de los objetivos establecidos en el Acuerdo de Gestión.

La valoración global del cumplimiento de los objetivos del Acuerdo de Gestión deberá ser igual o superior al 60%. Cumplimientos inferiores supondrán que los miembros de la Unidad no percibirán los incentivos ligados a este Acuerdo, sin menoscabo de que el complemento de rendimiento profesional pueda percibirse, en su caso, según los objetivos y la evaluación que se establezca.

Los incentivos asociados a las dimensiones “accesibilidad”, y “actividad y rendimiento” no podrán percibirse si la UGC utiliza alguno de los modelos de actividad extraordinaria existentes en la organización como los “Equipos Móviles” o el “Auto concierto Intra hospitalario”.

Las UGC podrán participar y recibir compensación por realizar Auto concierto Intra hospitalario para mejorar el tiempo de respuesta quirúrgico de consultas y pruebas diagnósticas de otros hospitales, así como Equipos Móviles que se desplacen a otros hospitales para cooperar en la mejora de los tiempos de respuesta.

2. Criterios para la asignación de incentivos

El modelo de las unidades clínicas coexiste con el modelo de incentivos del complemento de rendimiento profesional.

Los incentivos económicos finales que percibirá cada profesional consistirán en la suma de los incentivos correspondientes a cada uno de estos modelos.

3. Procedimientos para la distribución interna de los incentivos

Tras la evaluación de la Unidad, el Gerente valorará y asignará la cuantía correspondiente a los Directores de las Unidades de su centro.

Los Directores de las Unidades valorarán todos y cada uno de los miembros en función de su contribución a los resultados de la misma y propondrá al Gerente del hospital / área la asignación a cada uno de ellos. En ningún caso la distribución será lineal, ni por persona ni por categoría profesional.

4. Envío de la evaluación del Acuerdo de Gestión a la DGAS

Se enviará a la Subdirección de Gestión Sanitaria, según la fecha que se establezca desde la DGAS, un informe detallado de la evaluación global y de los diferentes objetivos fijados en el presente acuerdo (en formato papel y electrónico); así mismo, se adjuntará la propuesta de revisiones del acuerdo de Gestión correspondiente al periodo del año siguiente.

La Dirección Gerencia del hospital/ AGS certificará los resultados obtenidos firmando el documento de los resultados junto con el responsable de la UGC.

La fiabilidad y validez de los datos ligados a incentivos se evaluará sistemáticamente por procedimientos o auditorías externas a las UGCs. La DGAS podrá también realizar auditorías externas al hospital para verificar la validez y fiabilidad de los datos recibidos.

La detección de incongruencias entre los datos remitidos y los obtenidos en las auditorías podrá penalizar sobre los incentivos asignados a la variable afectada hasta una cuantía doble al error identificado.

BLOQUE PROFESIONAL

UNIDAD DIDÁCTICA 2: DOCUMENTACIÓN Y ARCHIVO

Autor: Antonio Zafra Delgado

2. CREACIÓN DE DOCUMENTO EN GENERAL
 - 2.1. CREACIÓN DE DOCUMENTOS
 - 2.2. CLASES REGISTRO DE DOCUMENTOS
 - 2.3. DOCUMENTOS ORIGINALES
 - 2.4. EL ARCHIVO DE LOS DOCUMENTOS
 - 2.5. CLASES DE ARCHIVO

2. CREACIÓN DE DOCUMENTO EN GENERAL

2.1. CREACIÓN DE DOCUMENTOS

Generalmente se conoce por documento a ese papel impreso que tiene un sentido más amplio como lo demuestra la definición de la Real Academia Española que dice: Documento es una instrucción que se da a uno en cualquier materia o un escrito que ilustra acerca de cualquier hecho.

Desde el punto de vista administrativo se define como todo conocimiento o hecho fijado en forma material, normalmente escrita, que puede ser utilizado como prueba o consulta. Es decir, entendemos por documento toda expresión en lenguaje natural o convencional, incluida, incluido el informático, que constituya testimonio de los hechos que afectan a los individuos o a los grupos sociales.

Definición de su Naturaleza.

Definición de sus Funciones.

Definición de su Contenido.

Definición de sus Características.

Definición de su Naturaleza.

Se deduce de éste es normalmente escrita, sin que esto quiera decir que no se pueda presentar con otro tipo de naturaleza como puede ser: la audiovisual u otro medio que la tecnología ha puesto a nuestro alcance y que cada vez con mayor asiduidad son admitidos como prueba.

Definición de sus Funciones. De sus funciones destacan dos fundamentales:

1. Servir como fuente de información.
2. Servir como prueba. La Ley reconoce al documento debidamente cumplimentado el carácter de prueba.

Definición de su Contenido. Es variadísimo pues pueden recoger todas las actividades que realizan las personas o entidades tanto en su relación con los demás como en el caso de las entidades en sus relaciones consigo mismas.

Definición de sus Características. Brevedad, Facilidad, Claridad, Presentación y Tamaño.

2.2. CLASES REGISTRO DE DOCUMENTOS

Se conocen con el nombre de registro aquellos lugares donde se anotan y relaciona una serie de cosas y los actos que les afectan. Así, existe por ejemplo, el Registro de la Propiedad en el se encuentra inscritos todos los tipos de propiedades, cada una en su departamento, así como los actos que les afectan, como por ejemplo, transmisiones (venta o herencia), cargas (hipotecas, embargo), etc..

Además también se conocen como registro aquellos libros u otro medios donde se anotan y se relacionan todo tipo de actos documentales de una entidad.

2.3. DOCUMENTOS ORIGINALES

Enumerar y dar formato de cada tipo de registro sería una tarea ardua y difícil por su gran variedad, porque cada entidad le puede interesar un aspecto diferente de cada documento. Pero lo que sí contiene generalmente un registro es:

1. Número de inscripción del documento.
2. Número de documento si lo posee.
3. Fecha de llegada.
4. Lugar o persona del que procede.
5. Persona o departamento a donde se envía.

Por otra parte destaco los registros más usuales:

Registro de Correspondencia, Registro General de Entrada, Registro General de Salida, Registro Contables y Registro de Archivos.

2.4. EL ARCHIVO DE LOS DOCUMENTOS

En ellos se inscriben todos los documentos archivados, relacionando el departamento de que procede, el asunto de que trata, un extracto de su contenido, así como el lugar que ocupa en el archivo.

Para que un documento sea archivado, se entiende que dicho documento en su día fue recibido en el departamento al cual estaba dirigido; para que un documento enfilado a un órgano, en caso contrario no producirá efecto.

Por esta razón, se prevé la existencia de oficinas con la finalidad de recibir los documentos y remitirlos al órgano o autoridad administrativa correspondiente. Estas oficinas se denominan Registro y se regula en los art 65 y 66 de L.P.A.

Por lo tanto se puede decir que archivo es un conjunto de documentos que se guardan con objeto de conservarlos debidamente ordenados de acuerdo con un criterio de forma, que cada uno ocupe un lugar determinado.

Las normas de clasificación que permiten ordenar un archivo de acuerdo a unos requisitos determinados.

- Rapidez.
- Sencillez.
- Economía.

En resume, diré que un archivo cumplirá su función si es eficaz, es decir si el documento buscado puede ser encontrado con rapidez y facilidad.

Además la función fundamental del archivo es la de conservar los documentos debidamente ordenado y clasificado, durante un periodo de tiempo determinado.

La necesidad de conservar los documentos vienen impuesta por dos razones:

- a) La legalidad, pues por Ley las entidades están obligadas a conservar una serie de documentos durante un determinado periodo de tiempo, en el cual puedan ser requerida su presentación.
- b) Y otra práctica, pues los documentos conforman la memoria interna y externa de la entidad, y deben de servir como base para otros documentos en el presente y en el futuro puedan servir de datos para estadísticas y para conocer el camino seguido por la entidad y prever posibles acciones futuras.

2.5. CLASES DE ARCHIVO

Los archivos se pueden clasificar atendiendo tres razones:

Atendiendo al número de consultas, en archivos activos o de gestión, que recogen aquellos documentos recién entrados en la empresa y que requieren el conocimiento o la prosecución de labores particulares y urgentes para su total tratamiento.

Semiactivos: que recogen los documentos que descargan los activos por haber finalizado el trabajo sobre ellos, pero aún pueden ser objeto de consulta para realizar controles sobre operaciones todavía en vigor.

Inactivos: recogen aquellos documentos que han perdido casi todo su valor operativo, pasando a tener un carácter puramente documental.

Las nuevas tecnologías nos permite una forma nueva de archivos de documentos, como es de suponer dicha técnica es la informática. Con nuevas ciencias, lo que se pretende es conservar la información adecuada, y se puede decir que el coste relativo es menor, siendo el ordenador el mejor periférico de este, conocidos como memorias auxiliares.

Entre los distintos tipos se pueden destacar.

1. La cinta o banda magnética.
2. El disco magnético o disco duro.
3. Tambor magnético.
4. Microfilm estático.
5. Microfilm dinámico.

Sobre el uso del microfilm es el método que sustituirá el uso de los voluminosos archivos que todavía podemos ver en muchas partes del mundo, ante de proceder a la implantación, sin embargo, es preciso tener en cuenta el coste del microfilm, comparándolo con el coste del equipo necesario para el archivo y el espacio ahorrado.

BLOQUE PROFESIONAL

UNIDAD DIDÁCTICA 3: EL CELADOR EN LOS SERVICIOS DE APOYO

*Autores:
Ángeles Martínez Domínguez
M^a Jesús Bermúdez Rivero
Antonio Benítez Leiva*

- 3.1. EL SERVICIO DE ADMISIÓN. CONSULTAS Y VIGILANCIA.
 - 3.1.1. EL SERVICIO DE ADMISIÓN
 - 3.1.2. ADMISIÓN DE URGENCIAS
 - 3.1.3. VIGILANCIA
 - 3.1.4. OTRAS FUNCIONES DEL CELADOR

- 3.2. EL CELADOR EN LAS HABITACIONES DE LOS ENFERMOS Y ESTANCIAS COMUNES
 - 3.2.1. ESTRUCTURA GENERAL Y COMPOSICIÓN DE LA UNIDAD DEL PACIENTE
 - 3.2.2. FUNCIONES DEL CELADOR EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN
 - 3.2.3. LOS TRASLADOS DEL PACIENTE

- 3.3. EL CELADOR Y LA NECESIDAD DE MOVILIZACIÓN DE LOS ENFERMOS
 - 3.3.1. PRINCIPIOS PARA LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE
 - 3.3.2. TIPOS DE MOVILIZACIÓN
 - 3.3.3. TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE
 - 3.3.4. LOS CAMBIOS POSTURALES

- 3.4. EL CELADOR Y LA NECESIDAD DE HIGIENE DEL PACIENTE
 - 3.4.1. GENERALIDADES
 - 3.4.2. HIGIENE DEL PACIENTE ENCAMADO

- 3.5. EL CELADOR Y EL PACIENTE TERMINAL: SERVICIO MORTUORIO
 - 3.5.1. TRASLADO DEL CADÁVER AL MORTUORIO
 - 3.5.2. EL CELADOR, AYUDANTE DE AUTOPSIA
 - 3.5.3. MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN AUTOPSIAS
 - 3.5.4. DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES

3.6 DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES

3.6.1. TRATAR DE DETERMINAR EXACTAMENTE LOS HECHOS

3.6.2. DERECHOS

3.6.3. DEBERES

3.1. EL SERVICIO DE ADMISIÓN, CONSULTAS Y VIGILANCIA

El Celador suele ser la primera persona con la que contactan enfermos y familiares al llegar a la Institución, este aspecto es muy importante, ya que de la forma en que se establezca este primer contacto, se puede originar una buena o mala impresión de los mismos. Por esto es tan importante una buena formación de este personal

3.1.1. El servicio de admisión

La unidad de Admisión de Ingresos se ubicará próxima a la puerta principal del hospital, en lugar fácilmente accesible y convenientemente señalado.

Aunque la cumplimentación administrativa viene desarrollada por auxiliares administrativos, siempre se encontrarán, en las distintas unidades de Admisión, celadores, los cuales, conducirán a los usuarios hacia las distintas dependencias que les vienen asignadas.

La misión del celador de puerta es sumamente delicada por ser el primer contacto que se tiene con el hospital.

Por lo que se requiere: facilidad de palabra, extroversión, paciencia, amabilidad y comprensión para atender y contestar las preguntas que puedan formularle y estén dentro de su competencia.

El celador deberá además controlar la entrada de toda persona ajena a la Institución, prohibiendo el paso a aquellas que no vayan provistas del correspondiente justificante; asimismo vigilará la salida de los enfermos, quienes deberán acreditar su autorización para abandonar la institución.

La orientación en información que debe facilitar el celador a los usuarios se enmarca dentro del derecho "a la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso" que reconoce el Art. 10.2 de la Ley General de Sanidad a los usuarios de las administraciones públicas sanitarias.

Los celadores tienen atribuida, entre otras, la función de transmitir información al público: la información que "le haya sido confiada por sus superiores o profesionales autorizados" y nunca será referida a aspectos de contenido clínico asistencial de los pacientes. La información al público debe ser clara, completa, amable, sencilla para poder ser entendida por cualquier persona.

3.1.2. Admisión de urgencias

3.1.2.1. Funciones en puerta de entrada:

Recepción del paciente:

- Recepción y ayuda a los pacientes que vengan en vehículos particulares y ambulancias.



- Recepción y ayuda a pacientes ambulantes.
- Transporte de pacientes en sillas de ruedas, camillas, etc.(mantener un número suficiente de sillas de ruedas y camillas en la entrada de urgencias.
- Aviso al personal sanitario cuando sea preciso.

Control de personas:

- Vigilar las entradas al Área de Urgencias, no permitiendo el acceso a sus dependencias más que a las personas autorizadas para ello.
- Trasladar al enfermo al mostrador de Admisión de Urgencias para que el personal administrativo tome datos. En caso de que su estado de salud no le permita esperar, lo pasará directamente a la zona de triage
- Información general, no sanitaria, no administrativa..(el celador nunca informa del estado de un enfermo)
- Mantenimiento de las normas de convivencia general (no fumar, buen uso de las instalaciones, etc.).
- Ayuda al personal sanitario en las medidas iniciales del tratamiento en las emergencias.

3.1.2.2. Funciones de apoyo interno

- Transporte y control interno de pacientes y familiares.
- Ayudar al personal sanitario en general.
- Auxilio en aquellas labores propias del celador en las áreas de yesos y quirófanos de cirugía mayor, así como las que le sean ordenadas por médicos, supervisoras o enfermeras/os.
- Transporte y control de documentos, correspondencia u objetos.
- Tramitar y conducir sin tardanza las comunicaciones verbales. Avisar a los acompañantes de los familiares asistidos en urgencias para que pasen a las dependencias en las que van a ser informados de la asistencia y evolución del paciente por parte del personal sanitario. Avisar a los familiares del paciente que va a ingresar en planta para que (al menos uno), le acompañe.
- Informar a los familiares de los fallecidos y en la institución sobre los trámites precisos para llevar a cabo los enterramientos y, en caso necesario, les remitirá al servicio de Atención al Paciente (el Art. 14.1 del EPNS establece ésta entre las funciones del jefe de personal subalterno).
- Control de personas en el Área de Urgencias.

3.1.2.3. *Funciones de apoyo externo*

- Traslado de pacientes a Radiología.
- Traslado de documentos, correspondencia y objetos a los laboratorios y/u otros servicios o unidades del hospital.
- Traslado de los pacientes a las unidades de hospitalización (ingresos), y unidades especiales (Reanimación, Quirófanos, U.C.I.).

3.1.3. Vigilancia

Los celadores tienen encomendadas también funciones de vigilancia tanto en el acceso y estancia de familiares y visitantes como en el acceso a las entradas de la institución:

- Harán los servicios de guardia que correspondan dentro de los turnos que se establezcan.
- Vigilarán las entradas de la Institución, no permitiendo el acceso a sus dependencias más que a las personas autorizadas para ello.
- Tendrán a su cargo la vigilancia nocturna, tanto del interior como exterior del edificio, del que cuidarán que estén cerradas las puertas de servicios complementarios.
- Velarán continuamente por conseguir el mayor orden y silencio posible en todas las dependencias de las Institución.
- Darán cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que encontraran en la limpieza y conservación del edificio y material.
- Vigilarán el acceso y estancias de los familiares y visitantes, según las normas del Centro, cuidando que no se introduzcan en el Hospital más que aquellos objetos y paquetes autorizados.
- No dejarán nunca abandonada la vigilancia de la puerta de entrada.
- Tiene a su cargo las luces tanto interiores como exteriores de la Institución y dará parte por escrito a su superior de cualquier anomalía que observe.
- En caso de conflicto con los visitantes o intrusos, requerirán la presencia del personal de Seguridad.
- En casos excepcionales podrán ser requeridos para cualquier otra actividad contemplada en su Estatuto.

3.1.4. Otras funciones del celador

En resumen, la atención al enfermo y a los familiares se concreta en las siguientes funciones:

- a) Orientación al usuario durante su estancia en el Centro Sanitario, referida tanto al propio Centro:
 - Ubicación de los Servicios y Unidades del Centro.
 - Horario de los distintos servicios.
 - Información sobre las horas de visita y consulta para la información médica.

Informando también en lo referido a los servicios ajenos al Centro: medios de transporte, hospedería para familiares, etc

- b) Atención personalizada a familiares:
 - Disminuir la preocupación de los familiares.
 - Información a los familiares sobre la planta o Servicio en el que se encuentra el paciente, incidencias, tiempos de espera, traslados, etc.
 - Localización de familiares por el servicio de megafonía
 - Canalizar las quejas, reclamaciones y sugerencias de los usuarios.

La actitud del celador hacia las personas es de suma importancia, pues para el público ese empleado representa a la Institución misma y el concepto que tenga de él, es el que tendrá de la propia Institución.

Por la peculiaridad del trabajo del Celador, debe tener en cuenta que en determinados momentos llega a ser alguien vital para quien le consulta o necesita, ya sea éste familiar o paciente, por lo tanto debe tener muy en cuenta el efecto de sus actos hacia dichas personas.

Por otra parte, el Celador, dada su movilidad en las Instituciones, puede llegar a enterarse del estado de un paciente, del diagnóstico, de una posible intervención, etc. Por ello está obligado a guardar silencio acerca de todo lo que conozca a causa del ejercicio de su profesión, ante los enfermos, familiares, visitantes, compañeros e incluso personas ajenas a su trabajo.

Si es interrogado por la familia no deberá dar ninguna información sobre el estado del enfermo, sino dirigirla amablemente hacia el personal facultativo que es el único autorizado para dar explicaciones en estos casos.

Aunque la cumplimentación administrativa es desarrollada por auxiliares administrativos, siempre se encontrarán en las Unidades de Admisión, auxiliares de

enfermería o celadores, que conducirán a los usuarios hacia las distintas dependencias que les vienen asignadas.

3.2. EL CELADOR EN LAS HABITACIONES DE LOS ENFERMOS Y ESTANCIAS COMUNES

3.2.1. Estructura general y composición de la unidad del paciente

La unidad del paciente es el área formada por el espacio de la habitación, incluyendo el mobiliario que en ella hay y los materiales que utiliza el enfermo durante el tiempo que esté hospitalizado.

En una habitación de hospital habrá tantas unidades de pacientes como número de camas.



Una unidad está formada:

- Cama hospitalaria
- Accesorios para la cama: colchón, almohada, barandilla, etc
- Lencería de cama
- Ropa para el paciente
- Mesita individual
- Silla o sillón para el paciente
- Silla o sillón para el acompañante
- Palangana
- Cuña o botella
- Lámpara de luz indirecta
- Luz de emergencia
- Timbre de alarma
- Toma de oxígeno
- Toma de vacío
- Soporte para el suero

- Soporte de bolsa de orina
- Biombo o cortinas para asegurar la intimidad del paciente

3.2.1.1. Características de la habitación

El celador deberá conocer las características mínimas que debe reunir la habitación del enfermo, cuidando que las condiciones sean las mejores posibles, estas son:

- Espacio suficiente
- Luz directa del sol, a ser posible
- De fácil ventilación
- Tranquila y a poder ser sin ruidos
- Pintada en tonos claros,
- Temperatura adecuada
- Con baño incorporado o posibilidad de acceder a un baño próximo
- Con mobiliario adecuado

3.2.1.2. Espacio

La habitación debe tener el espacio suficiente para que los cuidados al paciente puedan hacerse de la mejor manera posible.

En las habitaciones de dos o más camas debe existir el espacio suficiente entre cada dos, siendo el mínimo espacio aconsejado de 1,20m.

Entre la cama y la pared lateral también debe existir un mínimo de 1,10m.

La altura de los techos mínima debe ser de 2,50m.

La puerta de entrada a la habitación debe tener el ancho suficiente que permita el paso de carros, camillas, camas, aparatos para exploraciones, etc.

3.2.1.3. Iluminación y ventilación

La luz natural es un elemento indispensable en las habitaciones de los enfermos, además de influir positivamente en su estado de ánimo, es también un agente desinfectante importante.

No siempre es posible conseguir una iluminación natural suficiente, por lo que debe complementarse con la iluminación artificial, cuya intensidad debe estar bien calculada.

Cuando el hospital no disponga de aire acondicionado habrá que ventilar abriendo la ventana de la habitación (10-15 minutos día).

Hay que procurar que, cuando se abra la ventana, el aire que entre no incida directamente sobre el enfermo.

En la actualidad la mayoría de los hospitales cuentan con circuito cerrado de aire acondicionado, por lo que no deben abrirse las ventanas para ventilar. El aire se renueva constantemente y, además, si se abre, el circuito se descompensa.

3.2.1.4. Color de las paredes

Deben estar pintadas con colores claros y sin brillo, que no absorban la luz ni produzcan reflejos molestos.

El blanco mate parece el color más adecuado para las habitaciones.

3.2.1.5. Sonorización

Las habitaciones deben ser tranquilas y sin ruidos, ya que un excesivo ruido ambiental puede provocar trastornos nerviosos a los pacientes.

3.2.1.6. Temperatura y humedad

Los hospitales con circuito cerrado de ventilación disponen de sistemas automáticos de control de la temperatura adecuando ésta a las necesidades programadas.

La temperatura de las habitaciones debe oscilar entre los 20-22º C, según las épocas del año.

Los límites de humedad que se consideran aceptables oscilan entre 40-60%, si bien, existen patologías que requieren una disminución del grado de humedad.

3.2.2. Funciones del celador en las unidades de hospitalización

Las funciones del celador en la planta de hospitalización serán las siguientes:

1. Tramitarán o conducirán sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que les sean confiados por sus superiores, así como habrán de trasladar, en su caso, de unos servicios a otros, los aparatos o mobiliario que se requiera.
2. Harán los servicios de guardia que correspondan dentro de los turnos que se establezcan.
3. Realizarán, excepcionalmente, aquellas labores de limpieza que se les encomiende en orden a su situación, emplazamiento, dificultad de manejo, peso de los objetos o locales a limpiar.

4. Cuidarán, al igual que el resto del personal, de que los enfermos no hagan uso indebido de los enseres y ropas de la Institución, evitando su deterioro o instruyéndoles en el uso y manejo de persianas, cortinas y útiles de servicio en general.
5. Velarán continuamente por conseguir el mayor orden y silencio posible en todas las dependencias de la Institución.
6. Darán cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que encontraran en la limpieza y conservación del edificio y material.
7. Vigilarán el acceso y estancia de familiares y visitantes en las habitaciones de los enfermos, no permitiendo la entrada más que a las personas autorizadas, cuidando que no se introduzcan en la Institución más que aquellos paquetes expresamente autorizados por la Dirección.
8. Asimismo, tendrán a su cargo que los visitantes que no tengan acceso especial despejen las habitaciones y las plantas a la hora establecida.
9. Vigilarán el comportamiento de los enfermos y los visitantes, evitando que esos últimos fumen en las habitaciones, traigan alimentos o se sienten en las camas y, en general, toda aquella acción que perjudique al propio enfermo o al orden de la Institución. Cuidarán que los visitantes no deambulen por los pasillos y dependencias más que lo necesario para llegar al lugar donde concretamente se dirijan.
10. Tendrán a su cargo el traslado de enfermos para la realización de Pruebas Complementarias o Consultas, no abandonándoles hasta que la persona responsable de las citadas pruebas o consultas se haga cargo de ellos.
11. Ayudarán a las enfermeras y auxiliares de planta al movimiento, aseo y traslado de los enfermos encamados que requieran un trato especial, en razón a sus dolencias, para hacerles la cama.
12. Cuando por circunstancias especiales concurrentes en el enfermo no pueda éste ser movido sólo por la enfermera o ayudante de planta, ayudará en la colocación y retirada de las cuñas para la recogida de excretas de dichos enfermos.
13. Ayudarán a las enfermeras o personas encargadas a amortajar a los enfermos fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuario.
14. Se abstendrán de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los mismos, y mucho menos informar sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el Médico encargado de la asistencia al enfermo.
15. Para la realización de todas estas actividades, así como de otras semejantes que pudieran surgir, estarán sometidos a los horarios y normas de la unidad a la que estén adscritos.
16. Estarán siempre localizados en la unidad a la que estén adscritos.

17. En caso de conflicto con un visitante o intruso requerirán la presencia del personal de Seguridad.
18. También serán misiones del celador todas aquellas funciones similares a las anteriores que les sean encomendadas por sus superiores y que no hayan quedado específicamente reseñadas.

3.2.3. Los traslados del paciente

Durante el periodo de hospitalización de cualquier paciente puede existir la necesidad de traslado o desplazamiento del mismo. Dependiendo de su estado general y cuando la situación o el tipo de desplazamiento lo requiera, el transporte del enfermo se ha de realizar mediante la propia cama, camilla o silla de ruedas. Para ello deberemos tener en cuenta una serie de consideraciones generales:

- El paciente deberá estar bien sujeto para evitar caídas en su desplazamiento.
- Evitar situaciones donde existan corrientes de aire o en lugares donde el enfermo pueda sentirse incómodo.
- Como norma general, empujaremos la cama o camilla desde la cabecera de la misma, de tal manera que los pies del paciente sean los que vayan abriendo camino. Igualmente la silla de ruedas se empujará desde la parte de atrás de la misma, agarrándola por las empuñaduras.

3.2.3.1. La silla de ruedas

La silla de ruedas es la forma más sencilla de mover al enfermo de un lado a otro cuando no está lo suficientemente fuerte para caminar o no es conveniente que lo haga.

El médico puede ordenar el empleo de la silla de ruedas, porque desea que el enfermo vaya ganando fuerzas gradualmente. El cambio de la cama a la silla de ruedas puede ordenarse simplemente para animar al enfermo y hacer que descansa de la cama. Cualquiera que sea la razón, el traslado a una silla de ruedas suele ser una ocasión agradable para el enfermo, sobre todo si es una fase importante para su recuperación.

Partes de una silla de ruedas:

1. Empuñadura
2. Respaldo
3. Asiento
4. Apoya-brazos
5. Aro propulsor
6. Rueda propulsión

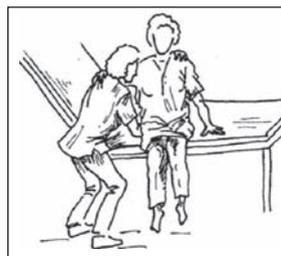


7. Freno
8. Reposapiés
9. Plataforma reposapiés
10. Horquilla
11. Rueda de dirección

3.2.3.2. *Traslado del enfermo desde la cama a la silla de ruedas:*

1. Llevar la silla de ruedas hacia la habitación y colocarla a un lado de la cama, con el respaldo de la silla cerca de los pies de la cama.
2. Frenar la silla, para impedir que se mueva, y retirar los reposapiés para que no estorben.
3. Extender una manta a lo largo de la silla y poner un cojín a la altura de los riñones, si es necesario.

4. Si la cama es del tipo que se puede subir y bajar, bajarla hasta el nivel conveniente que permita al enfermo tocar el suelo cuando esté sentado en la cama. Si la cama no se puede bajar, se pone el escabel o banquillo en la posición conveniente para que el enfermo se apoye en él.



5. Ayudar al enfermo a sentarse de manera que sus pies descansen en el suelo o en el escabel.
6. Ayudar al enfermo a ponerse la bata y las zapatillas.
7. Colocarse al lado del enfermo, poner el brazo alrededor de su cintura y ayudarlo a ponerse de pie en el suelo. Todos los movimientos deben ser suaves y lentos.
8. Ayudar al enfermo a sentarse en la silla de ruedas. Puede necesitarse la ayuda de otro celador para mantener la silla.

9. Colocar los pies del enfermo en los reposapiés.
10. Arreglar la manta, abrigando los hombros del enfermo, sus muslos, sus piernas, y remeterla por debajo de los pies.
11. Alisar la ropa de la cama para que esté preparada cuando el enfermo vuelva.



12. Si el enfermo no coopera, se necesitan dos auxiliares.

Se coloca cada uno a un lado del enfermo, lo sostienen por los hombros y los muslos, lo levantan suavemente y lo sientan en la silla de ruedas; utilizando la misma técnica cuando haya que volver a colocar al paciente en la cama.

3.2.3.3. *Traslado en la silla de ruedas:*

- a) Para transportar a un enfermo en una silla de ruedas, se debe empujar ésta desde la parte de atrás, excepto cuando se entra o se sale de un ascensor. Para entrar en un ascensor, se tira de la silla hacia atrás desde el interior del ascensor. Para salir de un ascensor se da la vuelta a la silla dentro del ascensor, se sale y se tira de ella desde fuera.
- b) Cuando se sube por una rampa poco inclinada, se ha de caminar detrás de la silla y empujarla hacia delante. Sin embargo, en las rampas inclinadas se debe inclinar la silla hacia atrás, situarse detrás de ella con la espalda en la dirección hacia donde se va y tirar caminando de espaldas.

3.2.3.3.1. *Traslado del enfermo desde la silla de ruedas a la cama:*

1. Bajar la cama, si es posible, y poner cerca el banquillo.
2. Retirar las mantas que cubren al enfermo, acercar la silla de ruedas a los pies de la cama y frenarla.
3. Retirar los reposapiés y ayudar al enfermo a salir de la silla para ponerse de pie.
4. Ayudarle a subir al banquillo, si lo utiliza, y quitarle la bata.
5. Sentarlo en el borde de la cama con los pies colgando y quitarle las zapatillas.
6. Poner un brazo alrededor de los hombros del enfermo para sostenerlo. Poner el otro brazo debajo de sus rodillas y levantarlo suavemente. Girar su cuerpo lentamente y dejarlo acostado.
7. Quitar las mantas, doblarlas y guardar la silla de ruedas en su lugar.

3.2.3.2. *La camilla*

La camilla del hospital es una carretilla con ruedas donde el enfermo permanece acostado mientras es transportado por el hospital.

Las camillas se utilizan cuando los enfermos no son capaces de sentarse o cuando tienen grandes aparatos o yesos que no les permiten usar una silla de ruedas. Para comodidad del enfermo suelen tener un colchón cubierto con una sábana.

3.2.3.2.1. Traslado del enfermo desde la cama a la camilla:

La camilla se colocará paralela a la cama, frenadas ambas. Si el paciente puede desplazarse, se le ayudará a colocarse en la camilla, si no pudiera moverse se le desplazará con la ayuda de DOS o TRES personas (Toda movilización dependerá del grado de movilidad que disponga el enfermo, por un lado, y del número de personas que intervengan en la misma, por otro).

Con una persona:

1. Si el enfermo posee movilidad, puede él solo trasladarse a la camilla, con algo de ayuda por parte del celador o auxiliar.

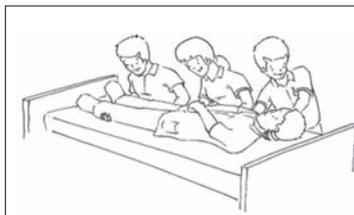
Con dos personas:

1. Una realiza la movilización del enfermo y la otra se asegura de fijar la camilla para que no se mueva y de ayudar a la primera
2. La camilla se coloca paralela a la cama y bien pegada a ésta; (ambas deberán estar frenadas)
3. Previamente se habrán sacado la entremetida y el hule (salvacamas) tras haber retirado la sábana encimera y las mantas hacia los pies;
4. Una de las dos personas se coloca en el lado externo de la camilla, en el centro, y tira de la entremetida hacia sí, mientras la otra se coloca en la cabecera sujetando al enfermo por los hombros, levantándolos y acercándole hacia la camilla;
5. Una vez que el enfermo está colocado en la camilla, se le tapa con las sábanas y mantas y se arreglan el hule y la entremetida.

Otra variante con Dos Personas es situarse cada una en un extremo, una en un extremo de la cama y otra en el extremo contrario de la camilla, y movilizar al paciente desplazando la entremetida que está debajo del mismo

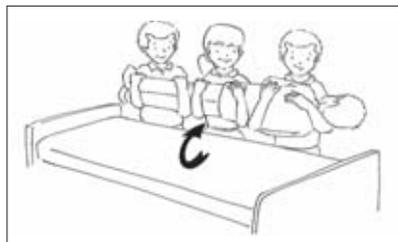
Con tres personas (Movilización en Bloque):

1. Si el enfermo no puede moverse en absoluto serán necesarias tres personas;
2. La camilla se coloca perpendicular a la cama, con la cabecera de la camilla tocando los pies de la cama; (ambas deberán estar frenadas)
3. Las tres personas se sitúan frente a la cama, adelantando un pie hacia la misma
4. Doblan las rodillas al unísono y colocan sus brazos bajo el paciente: el primero, uno por debajo de la nuca y hombros y el otro en la región lumbar; el segundo, uno bajo la región lumbar y otro debajo



de las caderas, y el tercero, uno debajo de las caderas y el otro debajo de las piernas

5. Después vuelven al paciente hacia ellos haciéndole deslizar suavemente sobre sus brazos. Éstos se mantienen cerca del cuerpo para evitar esfuerzos inútiles;



6. Se levantan, giran los pies y avanzan hacia la camilla, luego doblan las rodillas y apoyan los brazos en la misma. Los movimientos han de ser suaves y simultáneos para dar seguridad al enfermo y evitar que se asuste.

3.2.3.2.2. Traslado en la camilla:

Para trasladar a un enfermo en la camilla, el celador se coloca detrás de la cabeza del enfermo y empuja la camilla de manera que el enfermo vaya de cara al sentido de la marcha.

Para entrar en un ascensor, el celador empuja la camilla hacia el interior, entrando primero los pies, y se sitúa en la cabecera mientras el ascensor esté en movimiento. Al salir del ascensor, tira de la camilla de la cabecera de la camilla y después la empuja como ya se ha dicho en el párrafo anterior.



3.2.3.2.3. Traslado del enfermo desde la camilla a la cama

Para el traslado del enfermo desde la camilla a la cama se utilizan las mismas técnicas descritas para el traslado del enfermo desde la cama a la camilla, pero realizando todos los movimientos en sentido inverso.

3.2.3.3. La cama hospitalaria

Las camas del hospital tienen unas características adaptadas particularmente a las personas que están continuamente o durante mucho tiempo en ellas.

Se mueven fácilmente, para ello están provistas de un sistema de ruedas y frenado de las mismas.

Existen diferentes tipos de camas:

- **Cama articulada:** Estas camas constan de un somier metálico formado por 2 ó 3 segmentos móviles: cabeza y espalda, pelvis y extremidades inferiores. Suelen moverse con un mando a distancia (en las eléctricas) y



aunque actualmente en menor uso aun existen aquellas que se mueven con una manivela.

- **Cama traumatológica u ortopédica de Judet:** Consta de un marco metálico que va de la cabeza a los pies, el cual sujeta varias varillas metálicas situadas por encima de la cama; estas varillas llevan poleas por las que pasan cuerdas que soportan pesas. El juego de las pesas permite la movilización de extremidades. Se emplea en pacientes con fracturas o parálisis en las extremidades inferiores.



Otros tipos de camas:

- Cama electrocircular, balcánica, de Stryker o circoeléctrica:
- Marco de Stryker:
- Cama libro:
- Cama basculante y giratoria:
- Cama Roto-Rest:
- Cama de volteo o de lateralización:



3.2.3.2.1. Accesorios de la cama hospitalaria

- Rejas de seguridad o barandillas: situadas en los laterales de la cama, su misión principal es evitar caídas de niños y enfermos que presentan alteración del nivel de conciencia o se encuentran en estado de agitación. Generalmente poseen un mecanismo que permite bajarlas para que se pueda acceder cómodamente al enfermo sin necesidad de que sean quitadas.
- Soporte o pie de suero: se adapta a la cabecera de la cama, de él penden los botes de suero. Hoy en día suelen ser dispositivos autónomos de la cama y regulables en altura, también los hay que cuelgan del techo.
- Arco de cama o férula de acero: dispositivo que se coloca sobre el paciente para que la ropa de la cama descansa sobre él y evitar al paciente el peso de la misma.
- Almohada: facilita que el paciente pueda adoptar diferentes posiciones sin resbalarse. Es recomendable utilizar varias para cada paciente, ya que se facilitan los cambios posturales.
- Colchón: existe una amplia variedad en el mercado. El colchón antiescaras o alternating. está compuesto por dos motores que accionan un compresor-descompresor, que permiten el llenado y



vaciado sucesivo de una especie de bolas neumáticas. Generalmente cada cuatro minutos se invierte el ciclo. Su finalidad es la de evitar la aparición del úlceras por presión sobre una misma zona del cuerpo facilitando la circulación sanguínea. Es muy utilizado.

3.2.3.2.2. Ropa de cama o lencería

La cama hospitalaria debe tener los siguientes elementos de lencería:

- Cubierta de colchón
- Sábanas (bajera, encimera y entremetida). La sábana que ejerce la función de entremetida se sitúa bajo la pelvis del enfermo, es de tamaño inferior a la bajera y su misión fundamental es la de proteger. También se utiliza para desplazar al enfermo (son necesarias dos personas) hacia la cabecera de la cama cuando éste se haya ido resbalando y se encuentre muy cerca de los pies de la cama.
- Mantas
- Colcha
- Fundas de almohadas

3.3. EL CELADOR Y LA NECESIDAD DE MOVILIZACIÓN DE LOS ENFERMOS

La mayoría de las personas que acuden a los centros hospitalarios o las que se encuentran internadas en los mismos, tienen disminuidas sus capacidades a causa de su enfermedad, por lo que no pueden movilizarse por ellas mismos, con lo cual necesitan de la ayuda del personal sanitario para realizar los movimientos imprescindibles.

Dichos movimientos, deber ser realizados siguiendo unas normas mínimas establecidas para disminuir los riesgos y favorecer la comodidad.

La movilización de los enfermos comprende las técnicas para colocarles y moverles correctamente en la cama, así como el movimiento que deban realizar en la habitación o el transporte a otros lugares del hospital, a través de sillas de ruedas, camillas o en la propia cama.

Como paso previo, y aunque este tema se trata más detenidamente en otra unidad, tenemos que tener presentes las posiciones más frecuentes que se utilizan para facilitar la exploración, el tratamiento y la prevención de lesiones:

- Decúbito supino: el paciente se encuentra tumbado sobre su espalda, con los brazos y piernas extendidos.

- Decúbito prono: el paciente reboza sobre el abdomen, con las extremidades extendidas y la cabeza girada hacia un lado.
- Decúbito lateral: El paciente se encuentra reposando sobre uno de los laterales del cuerpo, con la espalda recta y los brazos flexionados próximos a la cabeza. La pierna que reposa sobre la cama, se encuentra ligeramente flexionada y la otra permanece flexionada a la altura de la cadera.
- Posición de Fowler: Posición de semisentado con las rodillas ligeramente flexionadas y el respaldo de la cama formando un ángulo de 45 grados.

3.3.1. Principios para la movilización del paciente.

Levantar y transportar pesos en los Centros Sanitarios es muy frecuente, por ejemplo con pacientes, cajas, carros de ropa, de cura, etc.

Los esfuerzos duraderos causan más que la suma de pequeños esfuerzos, por tanto es conveniente hacer pausas y cambios de ritmo de trabajo.

3.3.1.1. Recomendaciones

Se han de seguir las siguientes recomendaciones:

- Separar los pies aproximadamente 30 cm. y ponerlos lo más cerca posible de la carga, uno a cada lado del objeto. Al levantar un objeto pesado, se deben acercar los puntos de gravedad del objeto y del que lo levanta lo más posible, esto se consigue acercando los pies lo más posible del objeto.
- Agacharse, flexionando las rodillas y manteniendo recta la espalda.
- Sujetar el objeto con los brazos flexionados y lo más cerca posible del cuerpo.
- Se utilizarán el mayor número de músculos posible, sobre todo, los más potentes. Levantarse con la fuerza de los músculos de las piernas y muslos y no con los de la espalda, utilizando el impulso.
- Apoyar la carga contra el cuerpo; mantener la carga cerca del cuerpo con el peso equilibrado sobre los dos pies.
- Mantener la espalda recta y la alineación correcta del cuerpo buscando apoyos.
- Cuando movilizemos un peso, no se girará el cuerpo, se deben de mover los pies.
- Debemos ayudarnos del peso de nuestro cuerpo a favor del movimiento a realizar.



- Es menos peligroso girar, mover o empujar un objeto pesado que intentar levantarlo.
- Nunca deben hacerse movimientos bruscos, ni se darán tirones.

3.3.1.2. Generalidades

Junto con las normas mencionadas anteriormente deberemos además tener en cuenta los siguientes principios para la movilización de pacientes:

- Cerciorarse de que la movilización o transporte no está contraindicado para el enfermo.
- Lavarse las manos.
- Explicar al enfermo lo que se le va a hacer, alentándole a participar y ayudar en la medida de sus posibilidades.
- Proteger cualquier sistema de tubos (sondas, drenajes, sistemas de perfusión, etc.) antes de la movilización.
- Mover al enfermo de forma suave y continua, evitando las sacudidas bruscas.
- Proteger al enfermo con nuestro cuerpo, sosteniéndolo y proporcionándole el mayor apoyo posible.
- Adoptar, antes de cualquier movilización, la posición correcta para la mayor eficacia. La tensión estará distribuida en los músculos de todo el cuerpo. Ponerse junto a la cama, por el lado en que se vaya a ayudar al enfermo. Mantener la espalda lo más recta posible, las rodillas flexionadas para ayudar al levantamiento y el cuerpo orientado en la dirección en que se va a realizar el movimiento. El peso del cuerpo se balancea sobre los pies, que se mantendrán separados una distancia aproximada de 30 centímetros.
- Si en el movimiento van a participar varias personas, estarán previamente de acuerdo en los pasos que van a realizar y en el momento en que deben hacerlo; para ello, uno de los participantes dirigirá la maniobra.
- El Celador debe conocer, antes de acercarse al enfermo, si éste es capaz de cooperar en el acto.
- Antes de efectuar la movilización, el celador debe observar el color y la expresión facial del enfermo. Si observa palidez, sudoración abundante, mareos, debilidad, etc., debe avisar a la enfermera/o sin dejar solo al enfermo.

3.3.2. Tipos de movilización.

Al movilizar a un paciente, debemos tener en cuenta una serie de datos que se refieren a la trayectoria del desplazamiento, si el paciente va a colaborar o no en su

desplazamiento, el cuadro que presenta dicho paciente y el lugar donde se desarrolla la acción.

Dependiendo de la trayectoria y características los desplazamientos se pueden clasificar en: giros, enderezamientos, vueltas, descensos, levantamientos, traslados, traspasos, transportes y elevaciones.

Respecto a la colaboración del paciente en su desplazamiento, nos encontramos dos formas de realizar las técnicas:

1. Forma pasiva, en la que el paciente está inactivo y no ofrece ninguna ayuda para su desplazamiento (coma, anestesia, contraindicación expresa del médico para realizar esfuerzos, etc.
2. Forma asistida, en la que el paciente puede participar de forma limitada en su desplazamiento.

El cuadro que presenta el paciente (tipo de lesiones, tipo de incapacidad física, peso o corpulencia) debe ser valorado antes de establecer la forma en la que se va a realizar la movilización.

3.3.2.1. *Giros*

Este tipo de movimiento se realiza cuando el paciente está en bipedestación y es necesario darle la vuelta para acercarlo a una silla o una cama. El paciente debe poseer los reflejos de sostén de la cabeza, del tronco y de al menos una extremidad inferior, que será el único punto de apoyo sobre el que se pivota (punta de pie), ya que si utilizáramos los dos pies como pivote se provocará una torsión que lo desequilibrará. Por otro lado, el profesional debe estar preparado para controlar cualquier posible desequilibrio del paciente, sirviéndose para ello de presas manuales sobre la ropa y de la "cincha de movilización".

Cuando el paciente tira hacia atrás, el giro se define como "empujando" y cuando se realiza hacia delante se denomina "tirando".

3.3.2.2 *Enderezamientos*

Se utilizan para situaciones en las que hay que enderezar al paciente que está mal colocado en la cama, la camilla o la silla, esto ocurre generalmente cuando ha resbalado hacia abajo.

En los enderezamientos con el paciente acostado, en lugar de levantarlo, debemos deslizarlo. Para el caso de pacientes sentados, el peso de la cabeza puede ser utilizado para producir un movimiento en sentido contrario al de la pelvis. En los enderezamientos de pie a costado, se usarán puntos de pivote, ya que solo tenemos que extender al paciente.

3.3.2.3. *Vueltas*

Estos movimientos se realizan cuando es necesario cambiar la posición extendida del paciente, se pasa por ejemplo de decúbito supino a decúbito prono o viceversa.

El paciente se hace rodar, para lo que debemos tener en cuenta la posición del brazo hacia donde se realiza la acción, ya que puede ser un obstáculo una vez iniciado el movimiento.

3.3.2.4. *Descensos*

En los descensos partimos de la posición vertical del paciente, se realizan cuando es necesario pasarlo de la posición de pie a sentado o acostado y de la posición sentado a acostado.

En el movimiento sentado-acostado utilizamos los puntos de pivote para bajar y extender al paciente sobre la cama. Cuando pasamos de una posición de pie a sentado, se deben favorecer las reacciones de equilibrio anterior del paciente en lugar de servir nosotros de contrapeso, además, podemos utilizar presas sobre la ropa.

3.3.2.5. *Levantamientos*

Al realizar un levantamiento pasamos al paciente de la posición tumbado a la posición sentado en el borde de la cama, o de la posición sentado a la posición de pie. En ambos casos llevamos a cabo una verticalización y en un principio, el paciente debe disponer de un mínimo de reflejos, encontrándonos ante un levantamiento "controlado".

Al efectuar el movimiento de acostado a sentado, se utilizan puntos de pivote. En el movimiento de sentado a de pie, en lugar de hacer una arrancada de golpe de la silla, debemos motivar las reacciones automáticas al equilibrio anterior del paciente. Sólo es necesaria una persona para esta técnica.

3.3.2.6. *Traslados*

Este tipo de movimientos se utiliza para desplazar al paciente sobre la superficie donde se encuentra, sin cambiarlo de posición ni de orientación. Habitualmente se realizan para acomodar o acercar al paciente a uno de los bordes, antes de efectuar un cambio de postura.

En los traslados con el paciente acostado, encontramos menos resistencia si se levanta ligeramente el lado del paciente hacia el que se va a desplazar. Con el paciente sentado, utilizamos puntos pivote y el contrapeso de la cabeza para realizar el movimiento.

3.3.2.7. *Traspasos*

Los traspasos son movimientos que se realizan cuando se requiere pasar al paciente de un emplazamiento a otro adyacente.

En los traspasos horizontales, es necesario que el personal tenga una pierna más adelantada que la otra y que se preste atención a la inestabilidad de la columna.

En los verticales, un profesional se encargará de la parte inferior del tronco, de la pelvis y las piernas y el otro controlará la cabeza y la parte superior del tronco.

3.3.2.8. Transportes

A veces es necesario desplazar al paciente de un lugar a otro, en estos casos, debemos minimizar la distancia y la duración del movimiento. Aparecen 2 casos que se dividen en 5 variaciones:

- Transporte paciente acostado, pasivo y con ayuda de 3 personas.
- Transporte paciente acostado, controlado, con 2 personas ayudando.
- Transporte paciente acostado, con ayuda de 2 personas.
- Transporte paciente sentado, controlado con 2 personas ayudando.
- Transporte paciente sentado, con ayuda de 2 personas.

3.3.2.9. Elevaciones

Son circunstancias en las que se debe recoger al paciente del suelo y llevarlo a una superficie horizontal más elevada o ponerlo de pie.

En las elevaciones con el paciente sentado en el suelo, debemos recordar que al elevarlo usaremos la fuerza de nuestras extremidades inferiores (para evitar lumbalgias).

3.3.3. Técnicas de movilización del paciente

3.3.3.1. Deambulación

Cuando por motivos de tratamiento, traslado a otra unidad, etc., se ha de movilizar a un paciente, cuyas facultades para moverse independientemente se encuentran mermadas, se han de emplear medios auxiliares para realizarlo sin peligro. Si lo que se pretende es que el enfermo empiece a caminar por sus propios medios, debe ayudarse a deambular con la ayuda de andadores, muletas, etc. Pero siempre acompañado..



3.3.3.2. Método para incorporar a un enfermo.

Este método se llama entrecruzamiento de brazos y se utiliza para ayudar al enfermo a adoptar la posición de semisentado, para dar la vuelta a la almohada y para levantar al enfermo de su cama y ponerlo de pie.

Se pueden seguir los siguientes pasos:

1. Pedir al enfermo que ponga su brazo debajo de nuestra axila y detrás del hombro, con los dedos en el borde de éste.
2. Poner nuestro brazo debajo de la axila del enfermo, con los dedos dirigidos hacia su hombro.

3. Colocar el otro brazo por debajo del hombro más alejado del enfermo.
4. Ayudar al enfermo a que se impulse él mismo, mientras le damos apoyo; si el enfermo no puede ayudar, debemos levantarlo suavemente.
5. Una vez levantado, colocar almohadas hasta que el enfermo quede instalado, o darle la vuelta a las almohadas, ayudándole en este caso a acostarse de nuevo de una manera suave.

3.3.3.3. Método para ayudar a un enfermo a ponerse de pie.

Cuando el enfermo está acostado en su cama podemos utilizar dos técnicas:

Técnica A

1. Con el método de entrecruzamiento de brazos entre el celador y el enfermo, incorporarlo en la cama.
2. Girar las piernas del enfermo hacia nosotros, dejándolas caer por el borde de la cama; poner un pie delante de los pies del enfermo (el cual se encuentra sentado en el borde de la cama) y el otro a un lado. Entrelazar de nuevo los brazos, tomando con la mano libre el otro hombro del enfermo.
3. Doblar las rodillas para hacer fuerza y levantar al enfermo suave, pero firmemente, mientras él se apoya en nuestro hombro.

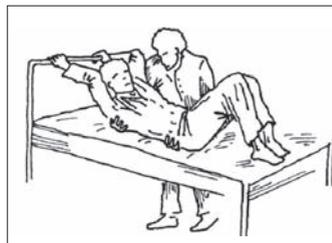


Técnica B

1. Con el enfermo en posición decúbito lateral en su cama, colocarse en el lado hacia el que va a salir el enfermo.
2. Subir la cabecera de la cama hasta un ángulo de 45° aproximadamente, para que resulte más fácil la movilización.
3. Pasar el brazo derecho por debajo de los hombros del enfermo y sujetar con el brazo izquierdo sus piernas (algo flexionadas) por las corvas. Levantar el cuerpo con el brazo derecho y, con el izquierdo, girar las piernas del enfermo hacia nosotros.
4. Una vez que el enfermo está sentado en el borde de la cama, proceder como en la Técnica A.

Cuando el enfermo está sentado en un sillón se deben seguir las siguientes pautas de actuación:

1. *Coger al enfermo por debajo de los dos brazos.*
2. *Pedirle que ponga uno de los brazos alrededor de nuestra cintura.*
3. *Mantener la espalda lo más recta posible y poner al enfermo de pie suave, pero firmemente.*
4. *Durante el levantamiento se debe proteger el cuerpo del enfermo con el nuestro.*



3.3.3.4. Método para mover al enfermo hacia arriba en la cama.

Cuando un enfermo permanece acostado durante mucho tiempo, se desliza por inercia hacia los pies de la cama. Este método sirve para mover al enfermo hacia arriba en la cama, y también se puede utilizar para los cambios posturales.

Técnica A

Esta técnica se desarrolla sobre la cama con enfermos que NO cooperan, por lo cual se necesitan dos celadores:

1. Explicar al enfermo la técnica y retirar la almohada.
2. Situarse cada celador a un lado de la cama, girar ligeramente el cuerpo hacia la cabecera de la cama y flexionar las rodillas. El pie más cercano a la cabeza del enfermo estará próximo a la cabecera de la cama, apuntando en esa dirección.
3. Poner un brazo debajo del hombro más cercano y el otro brazo debajo de los muslos del enfermo.
4. Levantar al enfermo manteniendo las rodillas rectas. Es importante recordar que el verdadero trabajo de levantar al enfermo se hace con las piernas.
5. Levantar al enfermo suavemente y moverlo hacia la cabecera de la cama o a la posición que desee.

Técnica B

Esta técnica, indicada también para enfermos que NO cooperan, se desarrolla con sábana de arrastre:

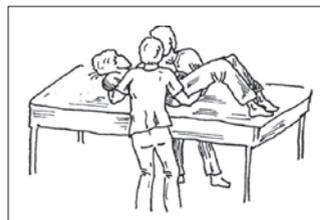
1. A los pies de la cama, colocar la sábana en una silla y deshacer la cama, dejando al enfermo cubierto con la encimera.
2. Poner al enfermo en un lado de la cama. Colocar la sábana doblada por la mitad, centrarla, mover al enfermo hacia el otro lado de la cama y terminar de estirar la sábana.

3. Coger la sábana entre dos celadores, y a la vez que se levanta a enfermo, moverlo hacia arriba.
4. Quitar la sábana igual que se ha puesto.

Técnica C

Esta técnica se emplea cuando el enfermo SÍ coopera.

1. Por el método de entrecruzamiento de brazos, levantar al enfermo y retirar la almohada, poniéndola a los pies de la cama o en una silla.
2. Acostar al enfermo de nuevo, y hacer que doble las rodillas y apoye los pies en la cama.
3. Indicarle que se agarre a la cabecera de la cama con las manos.
4. Deslizar un brazo debajo del cuello y los hombros del enfermo. Colocar el otro brazo debajo de la zona lumbar.
5. Cuando se está preparado, pedir al enfermo que tire con sus manos hacia la cabecera, al tiempo que se le pide ayuda moviendo su cuerpo hacia la misma.
6. Ayudarle a volver a la posición inicial, poniéndole la almohada y arreglando la cama.



3.3.3.5. Método para mover al paciente hacia el borde de la cama.

Esta técnica se utiliza tanto con enfermos inconscientes como con enfermos que NO cooperan, aún estando conscientes.

1. El celador se coloca en el lado de la cama donde se va a mover al enfermo.
2. Deshacer la cama dejando al enfermo cubierto con la sábana encimera.
3. Deslizar ambas manos por debajo de la espalda del enfermo hasta que estén próximos al hombro más alejado. Deslizar sus hombros hacia nosotros.
4. Colocar las manos en la cadera del enfermo y tirar hacia nosotros.
5. Levantar y mover las piernas del enfermo del mismo modo.

3.3.3.6. Método para colocar al paciente en decúbito lateral.

Esta técnica se realiza cuando el enfermo desea dar la vuelta o cuando se requiera que descansa sobre su costado en decúbito lateral para su higiene personal, curar, etc.

1. Antes de iniciar la maniobra, se comprobará que el enfermo no está muy cerca del borde de la cama. Si lo está, hay que moverlo hacia el centro.
2. Colocarse en el lado de la cama hacia el que se quiere dar la vuelta al enfermo.
3. Sujetarlo con la mano izquierda, en caso de girarlo hacia la derecha, y flexionarle la pierna del mismo lado.
4. Poner una mano por detrás del hombro más lejano. La otra, detrás de la cadera más lejana.
5. Girarlo con suavidad hacia nosotros, asegurándonos de que no queda muy cercano al borde de la cama para evitar que se caiga al realizar algún movimiento.

3.3.3.7. Método para mover el colchón.

Se puede utilizar el método descrito para la movilización del enfermo hacia la cabecera de la cama, tanto cuando el enfermo coopera como cuando no coopera.

Se necesita otra persona que sujete el colchón por el otro lado de la cama, bien por las agarraderas, si las tiene, o bien por el borde, si no las tiene.

Si el enfermo no coopera, se agarra el colchón por ambos lados y se desplaza lentamente hacia arriba.

Si el enfermo puede cooperar, debe agarrarse a la cabecera de la cama mientras dos celadores sujetan el colchón por ambos lados. El enfermo tira hacia la cabecera, y los celadores mueven el colchón hacia arriba.

3.3.3.8. La mecánica corporal

La mecánica corporal es el uso eficiente, coordinado, y seguro del cuerpo para producir el movimiento y mantener el equilibrio durante la actividad. El movimiento adecuado promueve el funcionamiento músculo esquelético, reduce la energía requerida para moverse y mantener el equilibrio, reduciendo así la fatiga y disminuyendo el riesgo de lesión.

La finalidad principal de la adecuada mecánica del cuerpo es facilitar un uso seguro y eficiente de los grupos de músculos adecuados. La buena mecánica corporal es esencial tanto para el cliente como para los profesionales para prevenir la tensión, lesión y fatiga.

La mecánica corporal implica tres elementos básicos: alineación corporal (postura), equilibrio (estabilidad) y movimiento coordinado del cuerpo.

El alineamiento corporal es la organización geométrica de las partes del cuerpo relacionadas entre sí. La buena alineación promueve un equilibrio óptimo y la máxima función del cuerpo en cualquier posición que suma el paciente: de pie, sentado o tumbado.

El profesional debe conocer las posiciones en que debe colocarse al paciente según las distintas situaciones, así como los procedimientos para colaborar en la realización de los cambios posturales y otros movimientos de un paciente encamado.

Tanto en estas actividades como en cualquier otra que precise sostener o desplazar a personas u objetos, es conveniente observar unos principios básicos de mecánica corporal, con el fin de evitar lesiones o contracturas en el profesional y riesgos para el paciente.

Dentro del ámbito sanitario, con una adecuada mecánica corporal lograremos la prevención de lesiones tanto para el paciente como para el profesional sanitario, aumentaremos el bienestar físico de ambos y reduciremos el esfuerzo.

Las principales normas para una buena mecánica corporal son:

- Adaptar el área en que se realizará la actividad, retirando los objetos que la entorpezcan y colocando la cama o camilla en la posición apropiada.
- Aumentar la estabilidad corporal, ampliando la base de sustentación (separando los pies y adelantando uno respecto al otro) y descendiendo el centro de gravedad (flexionando las piernas).
- Utilizar preferentemente los músculos de los muslos y piernas en lugar de los de la espalda, y el mayor número posible de ellos (los dos miembros superiores en lugar de uno sólo).
- Sujetar o trasladar un objeto manteniéndolo próximo al cuerpo, porque así se acercan los centros de gravedad.
- Al levantar un objeto pesado del suelo, no hay que doblar la cintura, sino flexionar las piernas y elevar el cuerpo, manteniendo recta la espalda. De esta forma, el levantamiento está a cargo de los músculos de las piernas y no de los de la espalda.
- Deslizar o empujar requiere menos esfuerzo que levantar. Al hacerlo, la fricción puede reducirse procurando que la superficie esté lo más lisa posible.
- Utilizar el peso de nuestro cuerpo para facilitar la maniobra de empuje o tirar de un objeto, contrarrestando su peso, lo que exige menor energía en el desplazamiento.
- Girar el tronco dificulta la movilización. El cuerpo debe mantener un alineamiento adecuado mientras hace un esfuerzo.

3.3.3.9. *Grúa para movilización de pacientes.*

Cuando la realización de la tarea supone algún riesgo para el paciente o para el profesional, puede ser necesario solicitar la ayuda técnica de una grúa o elevador. Podemos definir este aparato como aquel elemento auxiliar del que dispone el personal sanitario para movilizar al enfermo dependiente con la mayor seguridad y menor riesgo de lesiones para él y para sus cuidadores.

Su objetivo principal será por tanto, movilizar a los pacientes que requieren ayuda total con menor esfuerzo para el personal sanitario.



3.3.4. Los cambios posturales

Los cambios posturales son las modificaciones realizadas en la postura corporal del paciente encamado. Para realizar estos cambios se deben seguir unas normas generales tales como:

- Preparar el área donde se va a trabajar, quitando aquellos elementos que puedan entorpecernos.
- Procurar realizar el esfuerzo con los músculos mayores y más fuertes (muslos y piernas).
- Acercarnos lo máximo posible a la cama del enfermo para que el esfuerzo sea menor, y la columna vertebral debe estar erguida.
- Es preferible deslizar y empujar, que levantar.
- Cuando sea posible, debe actuar más de una persona.

3.3.4.1. El paciente encamado

Para movilizar al paciente encamado debemos tener en cuenta su estado y conocer si puede colaborar con nosotros o no es posible su ayuda para cambiarlo de postura.

3.3.4.1.1. Paciente NO colaborador: Hay que realizar la movilización entre 2 personas:

1. Colocarse cada persona a un lado de la cama, frente al enfermo;
2. Debemos colocar los pies separados así como las rodillas ligeramente flexionadas;
3. Retirar la ropa superior de la cama así como la almohada del paciente;
4. Las auxiliares o celadores introducen un brazo por debajo del hombro del paciente y el otro debajo del muslo. Sujetan al paciente y lo levantan con cuidado hasta llevarlo a la posición deseada;
5. NOTA: A la hora de movilizar al paciente a la posición deseada es preciso evitar fricciones y sacudidas repentinas o bruscas para lo cual el paso 4 es mejor realizarlo con la ayuda de una entremetida.

También se pueden colocar las dos personas al mismo lado de la cama, de esta forma:

1. La primera persona coloca un brazo por debajo de los hombros del paciente y el otro brazo por debajo del tórax;
2. La segunda persona desliza sus brazos a la altura y por debajo de la región glútea;
3. Entonces elevan cuidadosamente al paciente hacia la posición requerida.

3.3.4.1.2. **Paciente colaborador:** La movilización puede ser realizada por una sola persona.

1. Nos colocaremos junto a la cama del enfermo, frente a él y a la altura de su cadera;
2. Decirle al enfermo que se agarre a la cabecera de la cama y flexionando sus rodillas, coloque la planta de los pies apoyando sobre la superficie de la cama;
3. Entonces colocamos nuestros brazos por debajo de las caderas del paciente;
4. Se le pedirá al paciente que haciendo fuerza con sus pies y brazos intente elevarse;
5. Es entonces cuando la auxiliar o el celador -con sus brazos- debe ayudar al enfermo a subir hacia la cabecera;
6. Si el paciente se encuentra bastante ágil, puede realizar él solo esta movilización.

Movilización del paciente ayudado por una sábana

Se realiza entre dos personas, situados uno a cada lado de la cama.

1. Para esta técnica nos ayudaremos de una "entremetida" que es una sábana doblada en su largo a la mitad;
2. Se la colocaremos al paciente por debajo, de forma que llegue desde los hombros hasta los muslos.
3. Para ello colocaremos al enfermo en decúbito lateral, lo más próximo a un borde de la cama y meteremos la "entremetida" por el lado contrario al que está girado, luego lo volveremos al otro lado y sacaremos la parte de "entremetida" que falta de colocar.
4. Una vez colocada la "entremetida", se enrolla ésta por los laterales sujetándola cada persona fuertemente, pudiendo así mover al paciente hacia cualquier lado de la cama evitando las fricciones.

Movilización del paciente hacia un lateral de la cama

El Celador se coloca en el lado de la cama hacia el cual va a trasladar al enfermo y colocará el brazo más próximo del paciente sobre su tórax:

1. Frenaremos la cama y la colocaremos en posición horizontal , retirando las almohadas y destapando al paciente (colocar biombo para proteger su intimidad);
2. Pasaremos un brazo bajo la cabeza y cuello del paciente hasta asir el hombro más lejano;
3. Colocar el otro brazo por debajo de la zona lumbar;
4. Una vez sujeto con ambos brazos, tiraremos suave y simultáneamente del paciente hacia la posición deseada;
5. Una vez desplazada esa parte del cuerpo, situaremos uno de nuestros brazos bajo los glúteos y el otro bajo el tercio inferior de los mismos, procediendo a desplazar la otra parte del cuerpo del paciente hacia la posición deseada;
6. Si el enfermo es corpulento debe realizarse entre dos personas.

Giro del paciente encamado de decúbito supino a decúbito lateral

El Auxiliar o Celador debe colocarse en el lado de la cama hacia el que va a girar el enfermo:

1. En primer lugar, se desplaza al paciente hacia el lado de la cama contrario al decúbito deseado, para que al girarlo quede el paciente en el centro de la cama.
2. Se le pide al paciente que estire el brazo hacia el lado que va a girar el cuerpo y que flexione el otro brazo sobre el pecho;
3. Se le pide que flexione la rodilla del miembro que va a quedar por encima;
4. A continuación el auxiliar o el celador debe colocar uno de sus brazos por debajo del hombro y el otro por debajo de la cadera;
5. Girar al paciente hacia el lado en que se encuentra el auxiliar o celador, dejándole colocado en decúbito lateral.
6. NOTA: En la posición de Decúbito Lateral hay que tomar precauciones con orejas, hombros, codos, cresta ilíaca, trocánteres y maleolos para que no se produzcan úlceras por presión.

3.4. El celador y la necesidad de higiene del paciente

3.4.1. Generalidades

Las funciones a realizar por los celadores según la orden de 5 de julio de 1971, del Ministerio de Trabajo, por el que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (B.O.E. nº 174 de 22 de julio de 1971) en relación con la higiene del paciente son:

- Ayudarán a las enfermeras y ayudantes de planta al movimiento y traslado de los enfermos encamados que requieran un trato especial en razón a sus dolencias para hacerles las camas.
- Excepcionalmente, lavarán y asearán a los enfermos masculinos encamados o que no puedan realizarlo por sí mismos, atendiendo a las indicaciones de las supervisoras de planta o servicio o personas que las sustituyan legalmente en su ausencia.
- En caso de ausencia del peluquero o por urgencia en el tratamiento, rasurarán a los enfermos masculinos que vayan a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas en aquellas zonas de su cuerpo que lo requiera.
- Bañarán a los enfermos masculinos cuando no puedan hacerla por sí mismos, siempre de acuerdo con las instrucciones que reciban de las supervisoras de plantas o servicios o personas que las sustituyan.
- Cuando por circunstancias especiales concurrentes en el enfermo no pueda éste ser movido sólo por la enfermera o ayudante de planta, ayudará en la colocación y retirada de las cuñas para la recogida de excretas de dichos enfermos.

3.4.2. Higiene del paciente encamado

3.4.2.1. Principios básicos a tener en cuenta al realizar la cama del paciente

- Lavarse las manos antes de coger la ropa de cama.
- Utilizar guantes.
- La ropa de cama no debe tocar el suelo.
- Al doblar y desdoblar la ropa alejarse del uniforme.
- Como mínimo debe cambiarse una vez al día.
- Cerrar las ventanas, evitando corriente de aire.
- La cama debe hacerse en posición horizontal (si se puede).
- Respetar la INTIMIDAD del paciente.

- Hablar con el paciente durante el procedimiento, indicándole lo que le va a hacer.
- Valorar continuamente algún signo de incomodidad o malestar.
- Escuchar al paciente estimulándole a comunicarse.
- Enseñarle a movilizarse y a utilizar aquellos elementos que le permitan colaborar (Ej. Trapecio).
- Realizar técnica correcta a la hora de movilizar sondas, goteros, etc.

3.4.2.1. Técnica para realizar una cama ocupada

- Trabajar de forma rápida (no brusca)
- Mantener alineación corporal adecuada y cómoda
- Si es posible mantener la cama en posición horizontal

Pasos:

- Soltar puntos de sujeción de la ropa.
- Retirar colcha y mantas.
- Proteger con la sábana de arriba para preservar la intimidad y mantener el calor.
- Lateralización del paciente.
- Quitar ropa de abajo, del lado opuesto. Doblarla al centro contra la espalda del paciente.
- Colocar ropa limpia, en esta unidad libre. Doblarla en abanico en el centro.
- Esquinas en forma de mitra.
- Se gira al paciente bien alineado hacia el lado opuesto .
- Se completa el otro lado de la misma manera. Tirar fuertemente de las sábanas, para que no queden arrugadas.
- El paciente se gira a decúbito supino. *Cambiar sábanas de arriba sujetando la nuca al mismo tiempo.
- Se fija a los pies en forma de mitra, que no oprima los pies.
- Se coloca manta y colcha de la misma forma. Dejan embozo estéticamente amplio.
- Poner la funda a la almohada y colocarla.

- Ayudar al paciente a adoptar la postura más cómoda:
 - Manteniendo el eje del cuerpo.
 - Atendiendo a los cambios de posición.
 - Protegiendo las prominencias óseas y zonas de roce.



3.4.2.2. Baño / higiene a un adulto en la cama

Material:

- Dos toallas, una para cara y otra para cuerpo.
- Jabón neutro.
- Palangana/s.
- Esponjillas desechables.
- Artículos de aseo: colonia, peine, cepillo, crema y material de afeitado.

Procedimiento:

- Explicar al enfermo lo que se le va a hacer.
- Cerrar ventana, para que no haya corrientes.
- Proporcionar intimidad durante la actuación.
- Ofrecer al enfermo la cuña o botella.
- Lavarse las manos y ponerse guantes
- Colocar cama en posición horizontal si se puede
- Quitar colcha y mantas y dejar sábanas de arriba
- Quitar pijama o camisón del paciente.

La Secuencia que se sigue en el baño es:

- Cara: Ojos, Boca, Nariz, Resto, Oídos, Cuello, Nuca
- Brazos, manos axilas
- Tórax y abdomen
- Piernas y pies
- Perineo
- Espalda
- Región anal.

Técnica:

1. Lavar los ojos solo con agua y secarlos bien.
2. Preguntar si desea jabón en la cara y la temperatura del agua
3. Llenar palangana con agua a la temperatura de 37° y solución jabonosa. *Cambiar el agua tan frecuentemente, como sea necesario, (según temperatura y superficie a lavar).
4. Lavar la cara en el orden anterior. Aclarar y secar.
5. Lavar y secar brazos empleando fricciones largas, desde áreas distales a las proximales.
6. Poner las manos en la palangana. Lavarlas y secarlas. Especial atención a los espacios interdigitales.
7. Lavar y secar tórax y abdomen, especial atención a pliegue bajo las mamas.
8. Cuando esté bien seco volver a tapar con la sábana.
9. A continuación piernas y pies: igual técnica que brazos.
10. Luego periné: Dirección de arriba abajo.
11. Poner al paciente en decúbito lateral o decúbito prono: Lavar y secar espalda y glúteos.
12. Dar un ligero masaje y golpes en la espalda con crema o aceite para activar la circulación.
13. Lavar y secar la zona del ano
14. Poner crema hidratante

15. Poner pijama limpio. Si lleva gotero meter primero la botella por la manga donde se encuentra.
16. Aseo del pelo, boca, uñas y afeitado
17. Hacer la cama
18. Colocar timbre y otros objetos que utilice de manera que pueda alcanzarlos fácilmente
19. Durante todo el proceso observar alteraciones como zonas enrojecidas...



3.4.2.3. *Higiene capilar del paciente encamado*

Técnica:

1. Lavarnos las manos y colocarnos los guantes (utilizar preferentemente guantes de plástico de un solo uso para evitar "engancharse" los cabellos del paciente con los guantes de látex);
2. Preparar el material necesario y acercarlo a la habitación;
3. Preservar la intimidad del paciente e informarme del procedimiento;
4. Evitar las corrientes de aire en la habitación y mantenerla a la temperatura adecuada;
5. Colocar la cama en posición horizontal, si no está contraindicado, y el paciente en decúbito supino;
6. Colocar al paciente en la Posición de ROSER: se acerca el paciente a la cabecera de la cama (previamente habremos retirado el cabezal de la misma), de forma que la cabeza quede colgando fuera de la cama;
7. Si no fuera posible utilizar esta posición, situaremos al paciente en diagonal sobre la cama, en el borde lateral de la misma;
8. Retirar la ropa de la cama hasta la cintura del paciente, tapándole con una manta de baño;
9. Se le coloca una toalla por los hombros, alrededor del cuello y le pondremos algodones en los oídos;
10. Colocar un lavacabezas o palangana debajo de la cabeza del paciente, para recoger el agua que caiga;
11. Después se le moja el cabello, se enjabona y se lava, a continuación se aclara con abundante agua limpia;
12. Se seca el cabello con una toalla o secador de mano y lo peinamos;

13. Retirar los algodones de los oídos así como el lavacabezas o palangana;
14. Comprobar que la lencería de la cama y pijama o camisón no están mojados.

En caso de que sí lo estén: cambiarlos;

15. Volver a colocar al paciente en una posición cómoda y adecuada;
16. Recoger el material utilizado, quitarnos los guantes y lavarnos las manos.



3.5. EL CELADOR Y EL PACIENTE TERMINAL: SERVICIO MORTUORIO

Según el artículo 14.2 del antiguo Estatuto de Personal no Sanitario, los celadores "ayudarán a las enfermeras o personas encargadas a amortajar a los enfermos fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuario".

Por tanto, siguiendo con lo establecido en este artículo, la operación de amortajamiento es una función propia de los enfermeros, quienes pueden delegar dicha función en auxiliares de enfermería (personas encargadas). En ambos casos, el celador de planta se limita a colaborar en la práctica del amortajamiento, simplemente movilizándolo al cadáver para de esta manera facilitar a los enfermeros la realización de su cometido.

Una vez que el médico ha certificado el fallecimiento del paciente, (la certificación de la defunción siempre corresponde a personal facultativa) es cuando deben ser efectuados los cuidados "postmortem". El amortajamiento deberá realizarse en la mayor intimidad posible y en el menor plazo, para evitar que aparezca el rigor cadavérico (rigidez del cadáver o rigor mortis) y, posteriormente, el cadáver pueda ser trasladado al mortuario.

Los cuidados deben aplicarse guardando la mayor asepsia e higiene por parte de los cuidadores. Es muy conveniente el uso de guantes (evitar, contaminación por fluidos).

El amortajamiento del cadáver consiste en la preparación del mismo para que pueda ser velado por los familiares antes de proceder a su entierro o incineración.

Consiste en proporcionar cuidados técnicos a la persona después del fallecimiento. La primera maniobra a realizar en los Cuidados Post-Mortem es retirar drenajes y sondas del fallecido. El material que vamos a utilizar: Mortaja o sudario para envolver el cuerpo; Esparadrapo para unir los pliegues del sudario (entre otras cosas); Vendas para atar las muñecas y tobillos; Recipiente con agua y jabón para lavar todo el cuerpo; Guantes para realizar la técnica del lavado y Toalla para secar después de lavar el cuerpo.



Material necesario: Mortaja o sudario para envolver el cuerpo; Vendas para atar las muñecas y tobillos, esparadrapo; Recipiente con agua y jabón para lavar todo el cuerpo; Esponja; Guantes para realizar la técnica del lavado; Toalla para secar después de lavar el cuerpo; Material para curas; Algodón; Jeringas de 10 c.c.; Pinzas; Tijeras; Bolígrafo y etiqueta para identificar el cadáver.

1. Verificar y confirmar el éxitus en el parte médico. Se deberá colaborar con la enfermera responsable durante todo el proceso.
2. Solicitar a la familia que abandone la habitación mientras realizamos el amortajamiento, ayudarles en todo lo necesario en esos difíciles momentos;
3. Trasladar al paciente que comparte la habitación con el fallecido a otra habitación o, en su defecto, aislarlo mediante un biombo o cortina;
4. Lavarnos las manos y colocarnos guantes de un solo uso;
5. Preparar todo el material necesario y trasladarlo a la habitación del fallecido;
6. Dejar el cuerpo en decúbito supino colocando la cama en posición horizontal si estaba levantada y se le deja una almohada;
7. Desconectar y retirar catéteres, drenajes, etc. que llevara el fallecido;
8. Realizar la higiene completa del fallecido. Lavarle la cara y afeitarse si hace falta, limpiarle las secreciones y peinarle.
9. Colocar en un carrito el material para curas y ayudar a la enfermera a taponar las salidas de sangre u otras secreciones y a colocar el apósito perineal tras un taponamiento rectal y vaginal si se precisaran.
10. Estirar las extremidades inferiores y colocar los brazos a lo largo del cuerpo. El cadáver debe quedar alineado;
11. Cerrarle los ojos bajando los párpados superiores tirando levemente de las pestañas.
12. Colocarle la dentadura si se le había quitado al enfermo moribundo, y cerrarle la boca.
13. Sujetar la mandíbula del cadáver con un vendaje alrededor de la cabeza.
14. Entregar a la familia los objetos de valor retirados del fallecido y en caso de no haber familia, se llamara al jefe de celadores para hacer un inventario y entregárselos a él. Ponerle una bata mortuoria o sudario. Si la familia lo desea, se facilitará que puedan vestir con sus ropas al cadáver;
15. Cubrirle por completo con una sábana y ponerle la etiqueta de identificación: identificar al cadáver con nombre, fecha, hora y unidad de procedencia;
16. Antes del traslado por los Celadores, asegurarse de que las puertas de las demás habitaciones están cerradas y de que no circulan pacientes por los pasillos;

17. Notificar el éxitus a los servicios que corresponda: Farmacia, Admisión, Cocina, etc.
18. Recoger y limpiar la habitación, después avisar para su desinfección.

NOTA: Los fallecidos por causa de ciertas enfermedades contagiosas deben ser amortajados de forma especial.



3.5.1. Traslado del cadáver al mortuario

Corre a cargo del celador acompañado de otro celador, concretamente del celador del servicio donde se ha producido el deceso. El traslado del cadáver se hará en camilla cubierta o la camilla debe protegerse con una sábana y el cuerpo debe cubrirse con otra, que lo cubrirá por completo desde el servicio en el que se produjo el "éxitus" (fallecimiento) hasta el depósito. Nunca irán acompañados de los familiares del difunto.



Antes de salir de la habitación con la camilla debemos asegurarnos de que el pasillo se encuentre despejado de enfermos y visitantes. En caso contrario les invitaremos a entrar en sus habitaciones y luego saldremos con la camilla.

El traslado al mortuario deberá realizarse, una vez recibido el parte de traslado correspondiente, (hasta que no nos indiquen no podemos trasladarlo) por lugares poco frecuentados y de forma discreta frente al resto de los enfermos o familiares que los visitan (si hay gente en los pasillos, se les invitará a entrar en la habitación etc)

Lo bajaremos con discreción al mortuario depositándolo en la cámara frigorífica, (de manera que la cabeza del enfermo quede a la puerta de la cámara, por si hubiese que reconocer el cadáver) dejando en la puerta una etiqueta con los datos del cadáver para su posterior, identificación. El mortuario, debe permanecer en las mejores condiciones de higiene y limpieza después de la colocación del cadáver en la cámara.

Si al cadáver debiera realizársele previamente una autopsia o "necropsia", deberá ser conducido igualmente por el celador hasta la cámara frigorífica libre correspondiente, salvo que se le esté esperando para realizar la misma, algo improbable.

Recordemos que el cuerpo del difunto pertenece por ley a su familia, salvo que éste haya dispuesto de forma explícita y por escrito otra disposición (instrucciones previas) o bien que la familia lo done con fines científicos o humanitarios.

Una vez finalizadas estas labores regresará a su puesto de trabajo, manteniendo todas las medidas higiénicas pertinentes.

3.5.2. El celador ayudante de autopsia

La Identificación de paciente fallecido se colocará en un lugar visible que no necesite de la manipulación de la mortaja para su lectura. El depósito deberá también estar identificado. La temperatura de las cámaras frigoríficas es de 4° C.

Preparar el cadáver para realizar la autopsia, así como efectuar los movimientos del mismo que fueran necesarios para su práctica.

Colocar el cadáver en la mesa de autopsias en decúbito supino.

Conservar un ambiente de respeto impidiendo entrar durante el proceso autópsico a individuos ociosos o morbosos.

Deben tenerse las mismas consideraciones con el cuerpo vivo que con el muerto.

Auxiliar al médico durante la autopsia, en aquellas prácticas instrumentales no específicas de profesionales titulados, que no impliquen hacer uso de instrumental alguno sobre el cadáver, así como efectuar los movimientos del fallecido que fueran necesarios para su práctica.

Pesaje de órganos, anotaciones, introducir en cubos herméticos restos humanos para su traslado e incineración por la empresa autorizada, etc...

Si hay que rellenar un cadáver, se hace con papel, antes de proceder a su cierre por el Anatomopatólogo.

Recomponer y asear al cadáver una vez efectuada la autopsia.

Lo hará independientemente del sexo del paciente.

Limpiar la sala, mesa y material de autopsia.

Limpiar el instrumental utilizado un detergente, una vez limpio, aplicar una desinfección por medio de lejía durante 10 minutos por inmersión. Cada cierto tiempo se enviará el instrumental a esterilizar. Si se tratase de una autopsia de riesgo se utilizará instrumental esterilizado.

Cualquier otra cuestión de carácter auxiliar que le fuera encomendada por el personal médico en relación con la práctica de autopsias.

Trasladar las muestras al servicio de anatomía patológica.

Reparto de los resultados de las biopsias y citologías del centro.

3.5.3. Medidas de prevención en autopsias

Se recomienda el uso de guantes de látex y desechables. Éstos son la protección de barrera más importante en este servicio. Si durante el trabajo los guantes se deterioran o se rompen, el celador se lavará inmediatamente las manos y se colocará un par nuevo.

Se colocará bata, que suelen ser desechables, para impedir que las salpicaduras de sangre alcancen el tronco o las extremidades del celador.

Mascarilla y gafas, para prevenir salpicaduras de los fluidos corporales.

Lavado de manos ordinario, es uno de los pilares básicos para evitar la contaminación a través de microorganismo.

3.6 DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES

En cualquier relación laboral, los malentendidos y errores pueden dar lugar a que el usuario no esté conforme. Cuando el servicio que intentábamos proporcionarle falla, es probable que nos exija una explicación reclamando lo que les habíamos ofrecido. Nuestro trabajo nos vincula al usuario. Una queja bien atendida puede hacer que nuestro usuario insatisfecho vuelva a contar con nuestros servicios, e, incluso que mejore la imagen de la institución, de ahí la importancia que tiene el trato en las quejas.

Cuando un individuo está enojado normalmente lo exterioriza de una forma violenta, o lastimera. Se tiende a exagerar, a dramatizar. Cuanto más confianza haya puesto en su proveedor, más defraudado se sentirá y mayor será su enfado, por ello, lo peor que se puede hacer es discutir con él o interrumpirle con frases del estilo "tranquilo, hombre, tranquilo". Esto no hará sino provocar aún más su ira.

Debemos dejar que se desahogue guardando un respetuoso silencio para que se calme y comience a ver las cosas con más distanciamiento.

Si el disgusto del cliente que reclama es muy grande querrá herirnos, ("hay que hacer sufrir al presunto culpable") y si hay gente delante aún puede ser peor, pues puede envalentonarse e intentar reforzar sus razones para lograr el apoyo o la comprensión de quienes presencian la escena.

Hay personas que son más frías, y "atacan" al culpable de una manera astuto y de forma burlona. También hay que prestarles atención e intentar calmarnos lo más posible.

Como norma general ante una queja deberemos:

- Evitar discutir ante todo
- Escuchar al usuario, no interrumpir, mostrar interés, resumir con nuestras propias palabras lo que el usuario ha dicho.
- Permanecer leales a la institución, no hacer promesas que no se pueden cumplir.
- Satisfacer al usuario en la medida de lo posible
- Hacer un seguimiento de la tramitación y resultados de la misma
- No decidir ni dar una respuesta precipitada, comunicar el momento exacto en el que se le dará una explicación de lo que sucedió.

- Dar una solución al caso.

No hay que entender nunca una queja como si fuera un "problema". Generalmente, cuando un usuario resuelve su problema, es más fiel que aquel que nunca ha tenido ninguna.

Para que nuestra relación con el cliente no se malogre, tendríamos que aplicar todos los conocimientos y habilidades del trato al usuario y demostrar así nuestra profesionalidad. Entre estas habilidades hay que destacar la claridad verbal, la cortesía, la empatía (ponernos en lugar suyo), la capacidad de escucha y las capacidades negociadoras.

El usuario empezará a abrir su actitud sino demostramos ninguna reacción negativa. Si queda satisfecho de la atención que ha recibido, empezará a cambiar su forma de pensar. Una buena manera de tratar la queja, es atenderle como a nosotros nos gustaría que nos atendieran como por ejemplo:

- -Utilizar un lenguaje adecuado.
- -Escuchar activamente para descubrir lo que quiere y como lo quiere.
- -Ayudarle a expresar su deseo, más concretamente.

El buen trato revierte en nosotros mismos ya que percibimos el aprecio del usuario y además, se crea un buen ambiente laboral. La satisfacción de estos contactos disminuye la fuerza de las quejas y genera nuevas relaciones al incidir sobre la buena imagen de la institución.

Analicemos las habilidades que nos ayudarán en la entrevista de la actuación de quejas:

Lenguaje claro y adecuado al usuario: La animación y el estilo de nuestra conversación, la forma en que razonamos o exponemos nuestras ideas causan una impresión en nuestro interlocutor. Es muy importante adaptar nuestra expresión al momento y a la persona con la que hablamos.

Ejemplo: No podemos hacer bromas cuando el usuario está furioso. El vocabulario debe ser simple y de fácil comprensión y usar palabras que den seguridad y garantía. No podríamos dar confianza, con vocablos negros ("imposible" "difícil", "incapaz" etc) de mal gusto como "rollo" "tío" "chungo" o palabras agresivas o muy técnicas.

- Uso de refuerzos: Han de ser sinceros y concretos. Los elogios generales aportan poca información pero siempre son bienvenidos. Son elogios indirectos acordarse del nombre del usuario, de algo que le interesa o de ciertos de nuestro interlocutor.
- Comprensión empática: Como ya hemos visto, con ella se logra una mayor profundidad (intelectual y emotiva) en nuestras relaciones con el usuario. Debemos tener cuidado de no perder la perspectiva.
- Capacidad de escucha: Si escuchamos eficazmente la tensión se reduce, ya que nos ayuda a resolver problemas y diferencias de criterio, estimula la cooperación, persuade de ciertas ideas, da seguridad, y por último, podremos responder de una forma más completa y adecuada.

- Recordemos que la autenticidad, es la mejor contraseña en las quejas.

En resumen, nuestra actitud debe ser positiva. Debemos recordar siempre que:

- Hay que mantener la paciencia sobre todo.
- Es preciso conservar la mente abierta y flexible.
- Soportar las críticas nos "hará ganar el cielo".
- Si observamos y escuchamos bien podremos solucionar mejor las cosas.
- Si jerarquizamos los asuntos por orden de importancia, los problemas se reducen.
- La gente reacciona más ante el mensajero, que ante el mensaje, y por ello debemos ser corteses, agradables y tener dotes de persuasión.

3.6.1. Tratar de determinar exactamente los hechos

El momento de la entrevista es sumamente delicado. Cuando el usuario está ansioso por hacer valer su razón, no debemos contrariarlo, lo más importante es demostrar nuestra profesionalidad aunque el servicio malogrado ya no se pueda recuperar.

He aquí una serie de normas para atender las quejas:

Atender al reclamante de forma personal. Llémosle a un lugar aislado, cómodo y tranquilo. Si esto es imposible, procuraremos apartarnos lo más posible de los otros.

Dejemos que se desahogue, dándole espacio para que se tranquilice por sí mismo ("bien, cuénteme lo que ha sucedido")

Comportarnos atentamente durante toda la entrevista, pues tenemos que controlarnos y escuchar para enterarnos de la verdadera dimensión del problema y producir en el reclamante la sensación de que estamos preocupados por él.

Para ello la expresión del rostro debe estar cuidada al mínimo detalle, evitando la sonrisa, pues podría malinterpretarse, lamentando el problema, y afirmando con la cabeza apoyando lo que se nos dice, incluso con expresiones del tipo "le entiendo perfectamente".

Si le resultamos al usuario serios o simpáticos, su estado de ánimo se apaciguará y se reducirá el dramatismo del problema.

Adoptar el punto de vista del usuario, dejar que exponga su caso y escuchar atentamente. Demostraremos satisfacción por el hecho de que nos comunique su disgusto, para finalmente intentar solucionar la queja o alcanzar un acuerdo.

Reformular el problema sólo cuando el usuario se haya calmado, transformándolo y reduciéndolo. Podemos aminorar su importancia repitiendo el problema.

Contestar a la objeción o problema de forma correcta. Cuando llega el momento de las explicaciones tranquilizantes y estimulantes, el usuario espera que la resolución sea rápida y justa, además de un trato considerado. Si no podemos darle una solución en ese momento, le haremos saber el día concreto, es decir, sin dejar nunca la cuestión "en el aire".

Para darle las explicaciones oportunas, deberemos pronunciar entonando con voz sincera y calmada, nombrando con respeto y sin adulación el nombre del usuario, con la mirada un poco baja, pero sin humillarse. Todos estos detalles producirán el efecto deseado.

Pedir disculpas si el usuario tiene razón, sólo una vez y de forma muy clara. Debemos utilizar frases positivas al final, y despedirnos tan amablemente como empezamos, quizá el asunto pudiera acabar en anécdota.

Recordemos, que hay que evitar la discusión por todos los medios.

3.6.2 Derechos

La Constitución Española reconoce el derecho a la protección de la salud, correspondiendo a los poderes públicos organizar y tutelar la Salud Pública a través de medidas preventivas, prestaciones y servicios necesarios.

Son titulares del derecho a la protección de la Salud y a la atención sanitaria todos los españoles y ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en España concretándose en los siguientes derechos:

- a) El usuario tiene derecho a recibir una atención sanitaria integral de sus problemas de salud, dentro de un funcionamiento eficiente de los recursos sanitarios disponibles.
- b) El usuario tiene derecho al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de tipo social, económico, moral e ideológico.
- c) El usuario tiene derecho a la confidencialidad de toda información con su proceso, incluso el secreto de su estancia en centros y establecimientos sanitarios, salvo por exigencias legales que lo hagan imprescindible.
- d) El usuario tiene derecho a recibir información completa y continuada, verbal y escrita, de todo lo relativo a su proceso, incluyendo diagnósticos, alternativas de tratamiento y sus riesgos y pronóstico, que será facilitada en un lenguaje comprensible. En caso de que el paciente no quiera o no pueda manifiestamente recibir dicha información, ésta deberá proporcionarse a los familiares o personas legalmente responsables.
- e) El usuario tiene derecho a la libre determinación entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso su consentimiento expreso previo a cualquier actuación, excepto en los siguientes casos: Cuando la urgencia no permita demoras. Cuando el no seguir tratamiento suponga un riesgo para la salud pública. Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas legalmente responsables.

- f) El usuario tendrá derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados en el punto 5, debiendo para ello solicitar el alta voluntaria, en las condiciones que señala el punto 6 del apartado de Deberes.
- g) El usuario tendrá derecho a que se le asigne un médico cuyo nombre deberá conocer y que será su interlocutor válido con el equipo asistencial. En caso de ausencia. Otro facultativo del equipo asumirá la responsabilidad.
- h) El usuario tiene derecho a que quede constancia por escrito de todo su proceso; esta información y las pruebas realizadas constituyen la Historia Clínica.
- i) El usuario tiene derecho a que no se realicen en su persona investigaciones, experimentos o ensayos clínicos sin una información sobre métodos, riesgos y fines. Será imprescindible la autorización por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico, de los principios básicos y normas que establecen la Declaración de Helsinki. Las actividades docentes requerirán así mismo, consentimiento expreso del paciente.
- j) El usuario tiene derecho al correcto funcionamiento de los servicios asistenciales y aceptables de habitabilidad, higiene, alimentación, seguridad y respeto a su intimidad.
- k) El usuario tendrá derecho en caso de hospitalización a que ésta incida lo menos posible en sus relaciones sociales y personales. Para ello, el Hospital facilitará un régimen de visitas lo más amplio posible, el acceso a los medios y sistemas de comunicación y de cultura y la posibilidad de actividades de que fomenten las relaciones sociales y el entretenimiento del ocio.
- l) El usuario tiene derecho a recibir cuanta información desee sobre los aspectos de las actividades asistenciales, que afecten a su proceso y situación personales.
- m) El usuario tiene derecho a conocer los cauces formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general, para comunicarse con la administración de las Instituciones. Tiene derecho, así mismo a recibir una respuesta por escrito.
- n) El usuario tiene derecho a causar ALTA VOLUNTARIA en todo momento tras firmar el documento correspondiente, exceptuando los casos recogidos en el Art. 5 de los Derechos.
- o) El usuario tiene derecho a agotar las posibilidades razonables de superación de su enfermedad. El hospital proporcionará la ayuda necesaria para su preparación ante la muerte en los aspectos materiales y espirituales.
- p) El usuario tiene derecho a que las instituciones Sanitarias le proporcione: Una asistencia técnica correcta con personal cualificado. Un aprovechamiento máximo de los medios disponibles. Una asistencia con los mínimos riesgos, dolor y molestias psíquicas y físicas.

3.6.3 Deberes

1. El usuario tiene el deber de colaborar en el cumplimiento de las normas e instrucciones establecidas en las Instituciones Sanitarias.
2. El usuario tiene el deber de tratar con el máximo respeto al personal de las Instituciones Sanitarias, los otros enfermos y acompañantes.
3. El usuario tiene el deber de solicitar información sobre las normas de funcionamiento de la Institución y los canales de comunicación (quejas, sugerencias, reclamaciones y preguntas). Debe conocer el nombre del médico.
4. El usuario tiene el deber de cuidar las instalaciones y de colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las Instituciones Sanitarias.
5. El usuario tiene el deber de firmar el documento de Alta Voluntaria, en los casos de no aceptación de los métodos de tratamiento.
6. El usuario tiene el deber de responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario, fundamentalmente en lo que se refiere a la utilización de servicios, procedimientos de baja laboral o incapacidad permanente y prestaciones farmacéuticas y sociales.
7. El usuario tiene el deber de utilizar las vías de reclamación y sugerencias.
8. El usuario tiene el deber de exigir que se cumplan sus derechos.

BIBLIOGRAFÍA

BELTRAN AGUIRRE, JL: La información en la Ley General de Sanidad y en la Jurisprudencia. "Derecho y Salud" vol 3 nº2, julio-diciembre 1995

FERNANDEZ HIERRO, J.M: Sistema de responsabilidad médica. Comares, Granada, 1997.

CASTILLO TORRES, L. El celador como profesional del sistema sanitario : normativa jurídica básica / [autores, Luis del Castillo Torres, Luis Silva García, José Manuel González Rabanal - Alcalá de Guadaíra (Sevilla) : MAD, 2009

BELTRÁN CHACÓN A. Cuerpo de Subalternos de las Instituciones Sanitarias dependientes del Servicio Andaluz de Salud: [celadores, conductores, lavanderas, planchadoras, pinches y peones]: contestaciones al programa oficial / Araceli Beltrán Chacón Sevilla: Ceditán, 1991

Manual de Celadores del Servicio Andaluz de Salud

Técnicas de movilización del paciente- Windows Internet Explorer, <http://enfermeriaua0811.wetpaint.com/page/T%C3%A9cnica+de+movilizaci%C3%B3n+de+pacientes.es> , disponible on-line, Febrero 2010

Transporte y movilización- Windows Internet Explorer, <http://www.hvn.es/varios/seguidores/guia/movilizacion.php>, Junta de Andalucía servicio Andaluz de Salud, disponible on-line, Febrero 2010.

Posiciones Anatómicas Básicas- Windows Internet Explorer, Auxiliares de Enfermería del SAS tema:26, <http://www.mad.es/aulavirtual/SAS/documentos/temas-muestra/aux-enferm.pdf>, disponible on- line Febrero 2010.

<http://www.funcionadministrativa.com/legis/Estatutonosanitario.pdf>

<http://www.fernocas.com/#arriba>

<http://www.celadores.org>

<http://www.cgtsanidadlpa.org/TEMARIO%20CELADOR%20PDF/TEMARIO/>

<http://www.funcionadministrativa.com/legis/Estatutonosanitario.pdf>

<http://www.editorialcep.com/oposiciones-sanitarias/murcia/temasmuestra/04-tema-Cuidados-Auxiliares-Enfermeria.pdf>

BLOQUE PROFESIONAL

UNIDAD DIDÁCTICA 4: EL CELADOR EN LOS SERVICIOS GENERALES

Autores:

Rosa María Cortés Núñez

María Villena Taillefer

Antonio Benítez Leiva

- 4.1. EL CELADOR EN QUIRÓFANO.
 - 4.1.1. FUNCIONES
 - 4.1.2. CARACTERÍSTICAS DEL ÁREA QUIRÚRGICA
 - 4.1.3. POSICIONES QUIRÚRGICAS.

- 4.2. EL CELADOR EN PSIQUIATRÍA
 - 4.2.1. INTRODUCCIÓN
 - 4.2.2. CONCEPTO DE PSIQUIATRÍA
 - 4.2.3. RECURSOS ASISTENCIALES EN SALUD MENTAL:
 - 4.2.4. RÉGIMEN LEGAL
 - 4.2.5. FUNCIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA
 - 4.2.6. TIPOS DE REDUCCIÓN DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

- 4.3. EL CELADOR EN ANATOMÍA PATOLÓGICA.
 - 4.3.1.. EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.
 - 4.3.2.. LA SALA DE AUTOPSIA
 - 4.3.3.. FUNCIONES DEL CELADOR EN ANATOMÍA PATOLÓGICA

- 4.4. EL CELADOR EN FARMACIA Y ALMACENES
 - 4.4.1. ACTUACIÓN DEL CELADOR EN FARMACIA
 - 4.4.2. ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL ALMACÉN

- 4.5. EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
 - 4.5.1. INTRODUCCIÓN
 - 4.5.2. ORGANIZACIÓN DE UNA UCI
 - 4.5.3. RECURSOS HUMANOS
 - 4.5.4. FUNCIONES DEL CELADOR

- 4.5.5. POSICIONES DE PACIENTES ENCAMADOS MÁS COMUNES.
- 4.5.6. MOVILIZACIÓN DE PACIENTES
- 4.5.7. TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRÍTICO

- 4.6. EL CELADOR EN LA UNIDAD DE INFECCIOSOS
 - 4.6.1. INFECCIÓN. UNIDAD DE INFECCIOSOS
 - 4.6.2. PRECAUCIONES ESTÁNDAR O HABITUALES
 - 4.6.3. AISLAMIENTO DE PACIENTES
 - 4.6.4. PAPEL DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE INFECCIOSOS.

- 4.7. ELIMINACIÓN DE RESIDUOS
 - 4.7.1. RESIDUOS NO PELIGROSOS.
 - 4.7.2. RESIDUOS PELIGROSOS.
 - 4.7.3. CONTROL OPERACIONAL.

4.1. EL CELADOR EN QUIRÓFANO.

4.1.1. Funciones

Aparte de las misiones comunes con el Celador de planta, las funciones del Celador en el área de quirófono son las siguientes:

1. Tendrán a su cargo el traslado de los pacientes desde la unidad correspondiente a Quirófanos, Reanimación y viceversa, cuidando en todo momento de que a cada paciente le acompañe toda la documentación clínica precisa (Historia Clínica, pruebas preoperatorias) que debe serle facilitada por la enfermera/o de la unidad de procedencia.
2. Si el paciente precisara de oxígeno deberá transportar a los pies de la cama una botella de oxígeno, avisando de si la capacidad de la misma está próxima a terminar.
3. Informará a la familia del paciente que va a ser sometido a la intervención respecto a cuestiones de donde está la sala de espera para posterior información del Médico tras la cirugía.
4. En los quirófanos auxiliarán en todas aquellas labores propias del Celador destinado en estos servicios, así como en las que les sean ordenadas por los Médicos, Supervisoras o Enfermeras/os.
5. Ayudarán, a requerimiento del Médico o la Supervisora o persona responsable, a la sujeción o movilización de los pacientes que lo requieran.
6. Transportarán a los servicios correspondientes los objetos y documentos que les sean confiados por sus superiores.
7. Trasladarán los aparatos o mobiliario que se requiera.
8. Harán los servicios de guardia que correspondan dentro de los turnos que se establezcan.
9. Observarán las normas internas del Servicio de Quirófono generales para toda la Unidad, en especial las referidas a la asepsia o higiene.
10. Darán cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que encontraran en la limpieza y conservación del edificio y material.
11. También serán misiones del Celador todas aquellas funciones similares a las anteriores y que no hayan quedado específicamente reseñadas.
12. En caso de llegar al Hospital un enfermo grave por accidente que precise de inmediato intervención quirúrgica y su estado de limpieza no sea adecuado, ayudará al lavado y preparación del mismo, así como al rasurado si fuera necesario.

13. Ayudará al Anestesiista y/o personal a colocar al paciente en la mesa de Quirófano.
14. Tendrá como misión también el transporte de aparatos diagnósticos como por ejemplo aparatos de Rx, ecógrafos, etc.
15. Informarán a sus inmediatos superiores de los desperfectos, limpieza y anomalías que detecten tanto en el área o edificio como en el material ó aparatos.
16. Deberá llevar el uniforme apropiado de Quirófano con gorro y mascarilla.
17. Permanecerá en el ante quirófano durante la intervención por si fuera necesaria su ayuda.
18. En ciertas Cirugías (sobre todo Traumatología) se requiere de su ayuda para colocar a los pacientes en determinadas posturas y/o movilizar según indique el Cirujano.
19. Realizará transporte de biopsias realizadas durante la intervención.
20. Así mismo realizará transporte de Concentrado de hematíes, plaquetas y plasma desde el Banco de Sangre al Quirófano.
21. Vigilará el acceso a la zona de Quirófanos
22. Realizará el traslado del paciente a la sala de Reanimación y posteriormente a la habitación junto con toda su Documentación.
23. Ya en la planta, deberá informar al personal de Enfermería de su llegada con el paciente y entregarle la documentación así como indicaciones verbales que les haya transmitido el personal del Quirófano.

4.1.2. Características del área Quirúrgica

El área quirúrgica es el lugar donde están ubicados los quirófanos, vestuarios pasillos, zonas de lavado y esterilización...

Podemos dividirla en tres partes:

- **Zona limpia:** donde hay que pasar perfectamente vestidos con gorro, pijama... no hace falta mascarilla.
- **Zona sucia:** donde van a parar los desechos, no es necesario el uso de vestimenta especial.
- **Zona estéril:** de lavado previo a la intervención (es necesario llevar la mascarilla).

El Quirófano, como hemos dicho anteriormente, está incluido dentro de esta área, y presenta unas características determinadas:

4.1.2.1. *Situación*

- Debe ser accesible a las áreas de hospitalización, así se ahorra en tiempo y coste económico.
- Próximo a UCI y reanimación, puesto que el recién operado es un paciente crítico.
- Bien comunicado con:
 1. Esterilización (que va a surtir de material al quirófano)
 2. Radiología
 3. Anatomía patológica (biopsias intraoperatorias que deciden el curso de la operación)
 4. Laboratorio.

4.1.2.2. *Barreras*

1. El quirófano debe de establecer barreras para aislarlo con el resto del hospital y el exterior.
2. En su interior encontramos un área séptica y otra aséptica.
3. Estará señalizado por carteles que impidan el acceso al personal ajeno.
4. Estará aislado del ruido para favorecer la concentración en el trabajo.
5. Presentará un sistema de climatización aislada del exterior (se evitará así lo que pueda entrar por las ventanas) y con aire acondicionado provisto de filtros especiales que proporcione un grado de humedad del 50-60%
 - Tendrá suministro de agua independiente con filtros especiales (control por medicina preventiva).
 - Ropa específica para el personal de quirófano.
 - Montacargas y ascensores de uso exclusivo.
 - Temperatura sobre 18°C y humedad adecuada.

4.1.2.3. *Diseño*

- Corredor central
- Doble corredor central con núcleo aséptico
- Circular (corredor periférico)

4.1.2.4. *Acceso*

- Se debe utilizar la vestimenta adecuada, tanto el personal, los pacientes y visitantes deben cumplir la normas de tránsito establecidas. Esto evita la diseminación de microorganismos patógenos al paciente y protege al personal de los pacientes infecciosos.

4.1.2.5. *Dimensiones del quirófano*

- El tamaño ideal es de 35-60 m², a partir de aquí sería demasiado grande y poco útil tener el material a utilizar a distancias de 5-6 metros de y nos tendríamos que mover aumentando el riesgo de contaminación. Menos de 35 m² sería demasiado pequeño, el personal de quirófano no podría moverse de forma cómoda.

4.1.2.6. *Materiales*

- Suelos, paredes (alicatados) y techos deben ser:
 1. Duros
 2. No porosos
 3. Resistentes a fuego, manchas y golpes
 4. Impermeables
 5. Sin grietas
 6. De fácil limpieza
 7. Los suelos en especial deben ser conductores con el fin de disipar la electricidad estática.
 8. Las uniones suelo-pared deben ser redondeadas evitando así depósitos de suciedad y polvo.

4.1.2.7. *Instalaciones*

- Tomas de vacío, oxígeno, protóxido, etc... Se recomienda su instalación mediante columnas rígidas ó plegables que eviten desconexión accidental por tropiezos del personal.
- Las tomas de corriente deben ser múltiples, con circuitos separados para limitar los fallos eléctricos en momentos críticos.

- Grupo electrógeno de seguridad
- Todas las instalaciones eléctricas disponen de un sistema de seguridad, con alarmas acústicas, luminosas o bloqueo.

4.1.2.8. Iluminación

- La iluminación general debe ser distribuida uniformemente por el quirófano.
- Suficiente para detectar cambios en el color de la piel del paciente.
- Proporcionada con la del campo operatorio, para reducir la fatiga ocular.
- La iluminación quirúrgica debe ser:
 1. Intensa, sin reflejos y regulable en intensidad
 2. No producir sombras.
 3. Color azul blanco (luz diurna).
 4. De fácil limpieza.
 5. Fácil de ajustar en posiciones.

4.1.2.9. Puertas

La mayoría de los quirófanos tienen tres puertas.

- Principal (por donde entra y sale el paciente)
- Zona de lavado.
- Zona de sucio.
- Deben ser puertas correderas ya que así eliminaremos las corrientes, responsables de la diseminación de polvo y microorganismos. Los recuentos bacterianos muestran que se alcanzan los mayores niveles en el momento de la incisión, debido a la gran cantidad de aire en movimiento.

4.1.2.10. Mobiliario

- El mobiliario de un quirófano debe ser preferiblemente de acero inoxidable, liso y de fácil limpieza.
- La mesa de operaciones debe ser adaptable a las diferentes posiciones quirúrgicas. Presentan distintos mecanismos según el modelo y fabricante.

Podemos dividirla en:

a) Tablero operatorio:

- Acolchado
- Permeable
- Conductor de la electricidad.

b) Secciones:

- Apoya cabezas
- Soporte dorsal
- Perneras
- Soporte pélvico

Estas secciones permitirán reclinar, bascular, extraer y flexionar.

c) Base

La base puede ser fija (anclada en el suelo) o móvil. Los mecanismos son:

- Hidráulico
- Electro-hidráulico
- Electromecánico

Deben permitir elevar, descender e inclinar.

Una vez vistas las funciones del celador y tener nociones básicas del área quirúrgica, vamos a examinar las distintas posiciones usadas para la colocación del paciente en las intervenciones quirúrgicas.

4.1.3. Posiciones quirúrgicas.

Los celadores de quirófano forman parte del equipo multidisciplinar del mismo y por lo tanto deben estar adiestrados y tener conocimientos de movilización de pacientes y de las distintas posturas quirúrgicas que se usan en Cirugía para ayudar al anestesista, al cirujano y al personal a colocar al paciente según se le indique.

Cualquier posición quirúrgica puede acarrear consecuencias negativas, principalmente a nivel cardiovascular, respiratorio y neurológico, sin embargo, la cirugía requiere que el enfermo se acomode de formas distintas dependiendo de la zona donde se vaya a acceder.

Por ello, es fundamental conocer la posición a adoptar para evitar sus posibles complicaciones en caso de que ésta no se ejecute correctamente.

Previamente, no obstante vamos a analizar una serie de medidas de seguridad.

4.1.3.1. *Medidas de seguridad antes de la colocación del paciente en la mesa de quirófano.*

Antes de intentar poner al paciente en posición quirúrgica es indispensable estar familiarizado con la mesa de operaciones utilizada en el quirófano donde se trabaja, ya que cada fabricante puede variar sus mecánicas.

Es importante saber manejar los controles para elevar, descender, enderezar y flexionar todas las partes de la mesa así como colocar las partes móviles de ésta, teniendo presente que las siguientes medidas son muy importantes para el buen desarrollo de la intervención y que ejecutarlas correctamente es responsabilidad de todo el equipo.

Conocer y usar estas medidas conformará el buen hacer del trabajo de un equipo.

- El paciente debe estar bien identificado al transferirlo a la mesa quirúrgica y tener confirmado el sitio quirúrgico.
- La mesa se colocará en una posición segura, con freno durante la transferencia de la camilla a mesa o viceversa y cuando el paciente esté sobre ella.
- Se tendrá especial cuidado para evitar lesiones en el momento del cambio; se recomienda un mínimo de 4 personas para levantar o mover a un paciente inconsciente.
- El paciente anestesiado no se mueve sin la autorización del anestesiólogo.
- El anestesiólogo protege la cabeza del paciente todo el tiempo y le da un sostén durante el movimiento.
- La cabeza debe mantenerse en un eje neutral y voltearse muy poco para mantener la vía respiratoria y la circulación cerebral.
- El Médico tiene la responsabilidad de proteger e inmovilizar una fractura durante el movimiento.
- El paciente anestesiado debe moverse muy despacio y con cuidado para permitir que el sistema circulatorio se ajuste, y se controle el cuerpo durante el movimiento.
- El Movimiento y la posición no deben obstruir o desconectar catéteres, venoclisis y monitores.
- Ninguna parte del cuerpo se extenderá más allá de los bordes de la mesa o quedar en contacto con las partes metálicas o superficies sin protección.

- Las tablas para los brazos se protegen para evitar la hiperextensión, lesiones musculares o nerviosas o el desalojar las vías venosas o arteriales.
- Cuando el paciente se encuentra en decúbito dorsal, tobillos y piernas no deben cruzarse, para evitar oclusión en los vasos sanguíneos y nervios.
- Cuando el paciente se encuentra en decúbito ventral, el tórax debe liberarse de presión para facilitar la respiración.
- Cuando el paciente se encuentra en posición lateral, debe colocarse una almohada a lo largo y entre las piernas para prevenir la presión de vasos y nervios.
- Debe protegerse al paciente de lesiones por aplastamiento en los puntos de flexión durante el movimiento de la mesa.
- Disponer del equipo necesario para facilitar el procedimiento.
- Probar los dispositivos para seguridad del paciente.
- Utilizar una buena mecánica corporal para evitar lesionarse uno mismo.

4.1.3.2. Colocación de pacientes en las distintas posiciones Quirúrgicas.

Las posiciones *quirúrgicas* más usadas son:

- Decúbito **supino ó dorsal**:

Variaciones:

- Trendelenburg
- Antitrendelenburg ó Morestin
- Litotomía ó ginecológica
- Posición en mesa ortopédica

- Decúbito **prono ó ventral**:

Variaciones:

- Kraske
- Laminectomía
- Craniectomía

- Posición **lateral ó de Sims**:

Variación:

Posición de Nefrectomía.

- Posición de **Fowler**

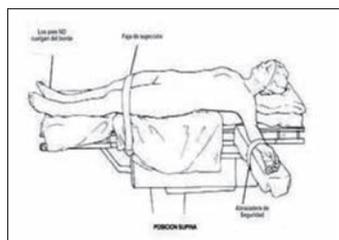
Variación:

Posición sedente.

- **Decúbito supino ó dorsal**

El paciente se coloca sobre su espalda, la cabeza alineada con el cuerpo y los brazos y manos alineados al lado del cuerpo ó sobre un apoyabrazos en un ángulo no mayor de 90º con respecto al cuerpo. Es la posición más utilizada.

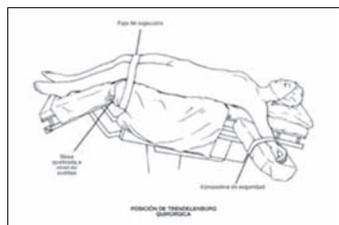
Sus indicaciones principales son: **Cirugía abdominal, vascular, en cara, en cuello**, así como para abordajes **axilares e inguinales**, entre otros.



- **Trendelenburg**

Se inicia en la posición supina normal. Posteriormente se eleva la mesa para dejar la cabeza más baja que el tronco. Las rodillas descansan sobre la articulación de la mesa.

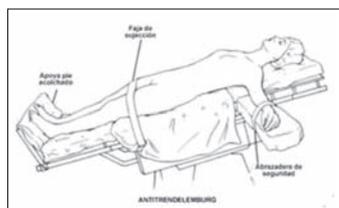
Las indicaciones principales son: **cirugía de abdomen inferior y cirugía de pelvis**.



- **Antitrendelenburg ó Morestin**

Partiendo del decúbito supino, inclinamos la mesa en el sentido contrario del trendelenburg, es decir, la cabeza del paciente queda más alta que los pies.

Las principales indicaciones son: **cirugía de cabeza, cirugía del tiroides, vesícula y vías biliares**.



- **Litotomía ó ginecológica**

En ella se sitúa al enfermo en decúbito supino con las extremidades inferiores flexionadas y elevadas, para dejar accesibles al periné y el recto. Las piernas se colocan sobre perneras y protegidas con un cojín y las nalgas deben sobresalir unos 3 cm del borde de la mesa.

Las principales indicaciones son: **cirugía vaginal, perianal, urológica y rectal**.



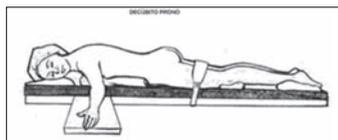
- **Posición en mesa ortopédica**

El paciente se sitúa en decúbito supino, debe quedar con los pies fijados en las placas mediante vendas y un buen acolchamiento. Esta posición permite traccionar, rotar, aducir ó abducir las extremidades inferiores.

Las indicaciones principales son: **Procedimientos de reducción ortopédica, enclavamientos andomodulares del fémur y pierna y algunas cirugías de cadera.**

- **Decúbito prono ó ventral**

Una vez anestesiado el paciente en decúbito supino (dorsal), se le da la vuelta sobre su abdomen. Esta maniobra debe hacerse con gran lentitud y cuidado por la repercusión fisiológica que conlleva.

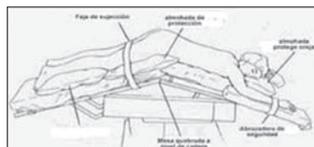


Las indicaciones principales son: **Cirugía del recto y columna vertebral.**

- **Posición de Kraske ó navaja**

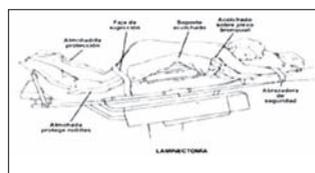
La mesa se quiebra a nivel de la cadera en un ángulo variable (moderado a severo), dependiendo de las necesidades quirúrgicas.

Las indicaciones principales son: **intervenciones rectales y cirugía coxígea.**



- **Laminectomía**

Se necesita un soporte especial que eleve el tronco por encima de la mesa. Por ello es aconsejable anestesiarse al enfermo en la cama o camilla en decúbito supino y posteriormente pasarlo a la mesa quirúrgica, volteándolo cuidadosa y coordinadamente entre los miembros del equipo. Al menos se necesita de seis personas.



Las indicaciones principales son: **laminectomía torácica ó lumbar**

- **Craniectomía**

El paciente está en posición prona y con el rostro hacia abajo. La cabeza sobresale de la mesa y la frente está sujeta en un soporte especial en el que queda suspendida la cabeza y alineada con el cuerpo. Los brazos se sitúan al lado del cuerpo y protegidos con sábanas.

Las indicaciones principales: **cirugías de craneotomía.**

4.2. EL CELADOR EN PSIQUIATRÍA

4.2.1. Introducción:

Con la Ley General de Sanidad se produjo la plena equiparación del enfermo mental con los demás pacientes y usuarios que requieren servicios sanitarios y sociales, sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la Salud Mental en el sistema sanitario general (Art. 20 LGS).

Como consecuencia, en el ámbito de la Salud Mental, las Administraciones Sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes objetivos:

- La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.
- Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.
- La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
- Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.
- Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

En aplicación de estos objetivos:

1. Se han creado múltiples dispositivos tanto en la Atención Primaria como en la Atención Especializada que asisten al enfermo mental en el ámbito extrahospitalario.
2. Han ido desapareciendo los Hospitales Psiquiátricos o Manicomios que aislaban al "loco" de la sociedad del resto del sistema sanitario. El propósito de dicha ley es integrar al enfermo mental en el sistema general de asistencia sanitaria.
3. Se han creado, en los Hospitales Generales, Unidades de Psiquiatría de agudos como una unidad asistencial especializada más del Centro para ingresar enfermos mentales, que finalmente, requieren hospitalización.

4.2.2. Concepto de psiquiatría:

Entendemos por psiquiatría aquella rama de la medicina que tiene por objeto el estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades mentales, así

como ciertos trastornos de la personalidad y la conducta. También se trata de evitar y poner remedio a ciertas variantes psíquicas anormales.

Entendemos como anormal a lo que se desvía de la normalidad. Se considera como normal lo que coincide con el término medio y como anormal lo que se desvía apreciablemente de éste hacia arriba o hacia abajo (en términos estadísticos).

Hasta hace poco tiempo, toda la atención sanitaria estaba centrada en la enfermedad; actualmente, el énfasis se sitúa cada vez más en la promoción y prevención de la salud.

Según la OMS, se define la salud como el estado completo de bienestar físico, psíquico y mental, y no solamente la ausencia de enfermedades. La definición de la OMS sobre la salud deja claro que el estado mental forma parte de la idea de salud de las personas y de las sociedades.

¿Es posible tener un adecuado nivel de salud sin salud mental?, la respuesta es claramente negativa. A pesar de ello, la sociedad sigue marcando unas líneas de comportamiento y de pensamiento, unos elementos culturales que sistemáticamente excluyen esta parte del ser humano relegándola a lo marginal.

4.2.3. Recursos asistenciales en salud mental

Cuando hablamos de recursos asistenciales nos referimos a todos los dispositivos integrados en el área de Salud, encaminados a la prevención, asistencia y rehabilitación de las personas.

La distribución de estos recursos se atiene a determinaciones de tipo epidemiológico, existiendo un reparto proporcional al censo demográfico.

La red psiquiátrica en nuestro país está conformada por:

4.2.3.1. Centro de Salud Mental:

Se constituye con un equipo multidisciplinar en el se incluyen psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, auxiliares de psiquiatría y celadores principalmente.

El centro de salud mental es la vía de acceso al resto de dispositivos sociosanitarios en este campo de la salud.

4.2.3.2. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (Unidades de corta estancia):

Son unidades adecuadas a la hospitalización de pacientes con enfermedades mentales, localizadas la mayor parte en Hospitales Generales.

Están sectorizadas, y se coordinan con el resto de los recursos de salud mental y asistencia psiquiátrica. Se encuentran atendidas por un equipo multidisciplinar.

Trabajan las 24 horas del día, y se dedican a la atención de los siguientes casos:

- Cuando la patología presentada pueda ser una amenaza para el propio paciente o para los demás.
- Fracaso de tratamientos ambulatorios en otras instituciones.
- Separación del entorno sociofamiliar, por ser negativo para el paciente o viceversa, cuando la enfermedad del paciente no puede ser atendida en condiciones por la familia.
- Evaluación y proceso diagnóstico.
- Desintoxicación.
- Enfermedad física que se agravan con patología psíquica.

4.2.3.3. Estructuras intermedias:

1. Hospital de día:

Es una alternativa al ingreso total; se puede definir como una hospitalización parcial. El horario generalmente es de mañana y media tarde (9 h a 17 h), y se permanece en el propio domicilio el resto del tiempo. El tratamiento tiene una duración de uno a seis meses.

2. Centro de día:

Trabajan con pacientes crónicos en situación de dependencia o con medio sociolaboral desestructurado. Su finalidad es la recuperación de habilidades o destrezas para integrarse en la sociedad. Se debe llegar a la autonomía e independencia. Se utilizan técnicas de psicoterapia individuales, grupales, terapias ocupacionales, etc.

3. Centros de media estancia:

Su objetivo es la rehabilitación del paciente después de haber pasado por un ingreso de 6 a 12 meses. Utiliza terapia de grupo, individuales, terapia ocupacional y formación en actividades y oficio.

4. Centros de larga estancia:

Son centros para pacientes sin autonomía, que carecen de recursos socio-familiares; son pacientes que no pueden seguir ningún tratamiento rehabilitador.

5. Talleres ocupacionales:

Estos centros proporcionan a los pacientes derivados de otros recursos asistenciales, una formación, orientación y adiestramiento en el trabajo de manera considerada "protegida".

Posteriormente estos pacientes pasan a talleres protegidos, donde se les acercará al mundo laboral.

4.2.3.4. Pisos protegidos:

Su finalidad es que consigan llevar una vida completamente autónoma, en régimen de convivencia de grupo y bajo supervisión de un trabajador social.

Tiene carácter transitorio; sin embargo en algunos casos en los que no se dispone de recursos laborales, sociales o familiares, puede llegar a ser permanente.

Estos pisos varían en número de ocupantes, grado de autonomía, movilidad de los integrantes, autonomía económica, sexo, etc.

4.2.4. Régimen legal:

Antes de abordar las funciones de los celadores en las Unidades de Salud Mental, hay que indicar que el antiguo Estatuto de Personal no Sanitario no hacía referencia alguna a tareas relacionadas con los enfermos psiquiátricos y Unidades de Salud Mental. Y ello por una sencilla razón: cuando el Estatuto se promulgó en 1971, la asistencia psiquiátrica de la población no se prestaba en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, sino en un dispositivo propio que era competencia de las Diputaciones Provinciales. La integración de la salud mental en la Seguridad Social se ha producido sólo después de la publicación en 1986 de la Ley General de Sanidad.

Sin embargo, desde entonces no se ha producido ninguna adecuación normativa (a la espera de posteriores desarrollos en el nuevo Estatuto Marco que no especifica ninguna de las funciones de los celadores) de las funciones que corresponden al personal sanitario y no sanitario respecto a los enfermos mentales, que ahora ya son asistidos en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

Así, pues, las funciones a desarrollar en las Unidades de Psiquiatría se recogen en los Protocolos de actuación y Normas de Régimen Interior que, basándose en las necesidades asistenciales de este tipo de enfermos, han de tener en cuenta también las previsiones de los Estatutos de Personal de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

En los antiguos Hospitales Psiquiátricos, había una categoría profesional no prevista en el régimen de la Seguridad Social que eran los "mozos", categoría resultante de lo que en la Seguridad Social realizan los celadores y los auxiliares de enfermería.

4.2.5. Funciones del celador en la unidad de psiquiatría:

En una Unidad de Psiquiatría el celador realiza las siguientes funciones:

- Cuida del entorno ambiental de los pacientes, levantando persianas por la mañana y bajándolas por la noche.
- Ayuda al aseo personal de los pacientes que lo precisen.

- Vigila a los pacientes que no quieren asearse para que lo hagan.
- Controla el acceso y la circulación de las personas por la Unidad.
- Recoge medicación y otros productos de la Farmacia.
- Acompaña a los pacientes y resto de personal sanitario a pasear por las zonas ajardinadas contiguas del Centro sanitario.
- Vigila a los pacientes en sus paseos o cuando salen al exterior en recintos acotados.
- Vigila el orden y la armonía entre los pacientes.
- Ayuda al personal sanitario en la administración de inyectables y tratamiento de pacientes incapaces que se niegan a colaborar.
- Colabora con otros profesionales de la Unidad en la reducción de pacientes agitados. Por ejemplo sujetando a los pacientes alterados a los que hay que aplicar sujeción mecánica.
- Vigila la puerta de acceso a la Unidad. Control de entradas y salidas.
- Controla el suministro de tabaco a los pacientes que lo tienen permitido en su tratamiento.
- Traslada pacientes a las Unidades y Consultas del Centro que sea preciso.

4.2.6. Tipos de reducción del paciente psiquiátrico:

Existen tres tipos de reducción del paciente agitado o que se resiste al traslado:

4.2.6.1. Reducción Verbal:

Las técnicas de reducción verbal son un proceso de comunicación entre dos o más interlocutores por medio de la cual actúan cada uno con sus propios objetivos, emitiendo simultáneamente mensajes verbales y no verbales e influyéndose recíprocamente a lo largo de la interacción.

Ante todo debemos mantener una actitud tranquilizadora encaminada a absorber el temor y la ansiedad del enfermo y mantener también una actitud firme y segura expresando lo que queremos, o lo que queremos que él crea de un modo directo, claro y lo más honesto posible, además de mostrar respeto hacia nuestro paciente y no dañar su autoestima. Esta actitud firme y segura sirve tanto para marcar límites a la conducta anormal del paciente, como para darle referencia externa de seguridad y de orden cuando él sólo no puede conseguirla.

Siempre que sea posible, no estaremos solos ante el paciente, ni nos situaremos entre él y una puerta de escape ya que puede dar sensación de encierro.

Se debe establecer una buena alianza con el paciente implicándolo activamente, identificando sus competencias, cualidades y habilidades, intentando producir sentimientos de autoeficacia, con lo que conseguiremos en el paciente el deseo de comunicarse con nosotros.

Hablar con claridad sin emplear palabras técnicas. Se debe escoger, a ser posible, el mejor momento y lugar para la conversación, escuchar activamente, hacer preguntas abiertas y específicas, pedir peticiones de parecer "que le parece que podríamos hacer" "me gustaría saber su opinión sobre..."

Aceptar críticas y porqué no, usar el sentido del humor cuando creamos que el paciente lo aceptará.

En cuanto al mensaje no verbal, hay que tener cuidado con las manos y no movilizarlas en actitud amenazante, respetar el círculo de seguridad del paciente, no hacer movimientos rígidos, rápidos ni bruscos, y mantener con el cuerpo, el tono de la voz y la conversación un ritmo relajante.

Ante una actitud verbalmente hostil, nos encontraremos con varias fases o estados:

- **Fase Racional:** La mayor parte de los pacientes suelen ser razonables, manteniendo un nivel emocional adecuado para discutir cualquier problema.
- **Fase de Disparo o Salida:** Ocurre cuando se acumulan las irritaciones o enfados y un incidente imprevisto hace su aparición disparándose emociones y sentimientos. Cualquier intento por hacer entrar en razón a la persona es ese momento suele fracasar, lo mejor es escuchar.
- **Fase de enlentecimiento:** Si no hay provocaciones exteriores, la reacción de hostilidad acaba por no tener más energía y comienza a venirse abajo.
- **Fase de Afrontamiento:** En este momento, la persona que ha estado escuchando al paciente puede intervenir y decir algo. Decir algo empático reconociendo el estado emocional puede contribuir a que éste se extinga y aparezca una fase de calma.
- **Fase de Enfriamiento:** el paciente se enfriará y llegará a calmarse.
- **Fase de Solución:** La persona retorna al nivel racional del que salió. Es el momento adecuado para afrontar el problema.

Nunca:

- Tratar de calmarlo en la fase de disparo o en la de enlentecimiento.
- No escuchar.
- Elevar el volumen.
- Hacerse el experto.

- Argumentar y razonar acerca de las ventajas de comportarse bien.
- Avergonzarlo por su comportamiento.

4.2.6.2. Reducción Física:

La reducción Física debe de ejecutarla la autoridad policial, el personal de la ambulancia psiquiátrica si la hubiera, y en último momento el personal sanitario, siempre en colaboración con alguien, no sólo por los peligros que conlleva la reducción en sí, sino porque, el personal sanitario es el que va a tener que "ganarse" posteriormente al paciente, siendo por lo tanto preferible no crear sentimientos de animadversión contra dicho personal.

Cuando el paciente advierte un número grande de personas dispuesto a reducirlo, por lo general se somete y una vez reducido, es el personal médico quien decide el momento de quitar las sujeciones, que se harán escalonadamente y nunca frente a promesas de buen comportamiento.

4.2.6.3. Reducción Farmacológica:

Aún cuando tengamos al paciente indefenso, inmovilizado ante nosotros y podamos administrarle un medicamento para dormirlo o relajarlo, debemos intentar siempre que se pueda, convencerlo para que nos dé permiso para administrárselo, manteniendo siempre una actitud respetuosa.

El único objetivo que debemos plantearnos ante una reducción farmacológica es la posible complicación que supone el traslado de un paciente reducido mecánicamente, y por tanto agitado, y las ventajas que para el paciente conlleva el ser trasladado dócilmente relajado y dormido, evitando incluso posibles lesiones. Pero dado que los fármacos que empleamos para lograr este objetivo, son potencialmente letales (básicamente haloperidol, Midazolam) es conveniente ir en un medio de transporte que disponga de medios y personal preparado para afrontar las posibles complicaciones que puedan surgir.

4.3. EL CELADOR EN ANATOMÍA PATOLÓGICA.

4.3.1. El Servicio de Anatomía Patológica.

4.3.1.1. Introducción.

La Anatomía Patológica es la rama de la medicina que se ocupa del estudio, por medio de técnicas morfológicas, de las causas, desarrollo y consecuencias de las enfermedades.

Esta especialidad presenta una parte de estudio macroscópico (autopsias y examen de órganos y tejidos procedentes de resecciones quirúrgicas) y otra parte microscópica que consiste en el estudio de las alteraciones celulares (biopsias)

4.3.1.2. Descripción del Servicio.

El Laboratorio de Anatomía Patológica es un servicio independiente en el que trabajan facultativos especialistas en Anatomía Patológica, Técnicos en Anatomía, Auxiliares y Celadores.

Este Servicio podemos ver las siguientes secciones:

- a) Un laboratorio de técnicas microscópicas con salas independientes para biopsias y citologías
- b) Un laboratorio de técnicas macroscópicas
- c) Una sala de recepción de material
- d) Una sala de fichaje o etiquetado
- e) Un almacén.
- f) Una sala de autopsia:
 1. En esta sección se procede a realizar la disección de órganos,(preservando el cadáver según exige la legislación vigente)
 2. Estudio de las vísceras a nivel macroscópico.
 3. Elección de fragmentos ó muestras para el posterior estudio microscópico.
- g) Sala de Técnicas especiales:
 1. Inmunohistoquímica e Inmunocitoquímica
 2. Microscopia electrónica y cultivo de tejidos
 3. Neuropatologías, anatomía patológica molecular,etc.
- h) Vestuarios, despachos de supervisor/a, médicos, etc.

Como existe la figura del **"Celador auxiliar de autopsias"**, vamos a describir de una manera general la sala de autopsias y sus características.

4.3.2. La sala de autopsia

Sala en la que se realiza la disección de los cadáveres y ablación de órganos, por medio de técnicas estandarizadas, con un estudio macroscópico, así como una descripción, estudio y diagnóstico de lesiones microscópicas, estableciendo una conclusión clínica-patológica final.

4.3.2.1. *La sala de autopsia clínica*

En la que encontraremos:

- Conexión eléctrica
- Lavabo ahondado para la apertura intestinal
- Conexión para aspirado: destinado a la extracción de líquidos y cavidades del cuerpo.
- Sistema de balanza para el pesado de vísceras.
- Mesa anexa para colocar el material necesario para practicar la autopsia.
- Mesa alternativa para practicar el corte de vísceras.

4.3.2.2. *La sala de autopsia médico-legal*

La autopsia médico-legal es un tipo de examen necrópsico, que se practica a instancia de la autoridad judicial en aquellos casos en los que se sospeche de muerte violenta, entendiendo por tales, las muertes accidentales, las suicidas u homicidas, y también las de tipo súbito.

En la que encontraremos:

- Depósito de cadáveres dotado con cámara frigorífica y sala de exposición a efectos de reconocimiento e identificación de los mismos.
- Salas de autopsia
Dispondrá de 1 a 3 laboratorios, para la realización de análisis anatomopatológicos, bacteriológicos y químicos.
- Dotado de una sala de rayos X.
- Debe constar de archivo, biblioteca, museo (para piezas de interés científico)
- Podrá disponer de una sala para duelo de familiares
- Dispondrá así mismo de almacén tanto para material de autopsias como para objetos procedentes de los cadáveres.

4.3.2.3. *Condiciones higiénico-sanitarias de la sala de autopsias*

- Todo lugar destinado a necropsias debería estar aislado de otros ajenos a sus funciones específicas.

- El suelo deberá ser impermeable, de fácil limpieza y desinfección con la inclinación suficiente para evitar retenciones de agua u otros líquidos y estarán provistos de desagües con los dispositivos adecuados que eviten olores.
- Las paredes alicatadas hasta el techo también para su fácil limpieza.
- Los techos lisos con material lavable.
- Debe disponer de sistemas de iluminación, ventilación y rejillas.
- Las tuberías deben tener, al menos, la misma calidad que las de los quirófanos y debería de contarse con compartimentos estancos para el tratamiento de residuos contaminados.
- Los vestuarios deben tener un acceso previo a la sala de autopsias y deben disponer de lavabos, inodoros y duchas.
- La zona de paso debe encontrarse entre la zona limpia y la sucia y permitir el cambio de ropa. Debe tener lavabo automático.
- El depósito de cadáveres debe tener espacio suficiente para la movilización de cadáveres y disponer de sistemas de grúas o camillas elevadoras y puertas anchas.
- Las neveras son armarios refrigerados con 3 o 5 estantes y deben ser totalmente desmontables para la limpieza.
- El Servicio de Anatomía Patológica, en su conjunto, deberá estar sometido a estrictas normas de higiene. La ventilación estará garantizada mediante extractores que aseguren la renovación del aire de manera eficiente.
- En las habitaciones donde se depositan los cadáveres, las ventanas estarán provistas de telas metálicas para impedir la entrada de insectos.

4.3.2.4. *Mesa de autopsias*

- De acero inoxidable con bordes sobreelevados o de piedra. De altura regulable, con agua corriente, sistema de iluminación, aspirador y trituradores incorporados
- Contará con un sistema de drenaje, manguera con rociador y provista de un reservorio para el agua.
- La mesa tendrá unas dimensiones adecuadas para el tamaño de cualquier cadáver. Podrá tener uno de sus lados una graduación en cm. para medir la talla.

4.3.2.5. *Material que se utiliza en una autopsia*

- Cuchillos grandes y pequeños
- Cuchillo de autopsia con hoja desechable de 10 a 15 cm. de longitud

- Cuchillo largo con hoja desechable de 32 cm. de longitud.
- Bisturí con hoja desechable.
- Condrótomos, cerebrótomos, escalpelos, etc.
- Tijeras grandes y pequeñas.
- Tijera con un brazo puntiagudo y otro romo.
- Tijeras romas.
- Tijeras de brazos curvos.
- Tijeras para arterias coronarias.
- Costótomo (para cortar hueso).
- Sierras, martillo, pinzas de hueso, etc.
- Pinzas de disección, de dientes de ratón, etc.
- Instrumentos de medición: regla graduada, balanzas, copas graduadas, etc.
- Suturas curvas, rectas e hilo.

4.3.2.6. Normas a seguir por el personal en la sala de autopsias.

- Lavado de manos con jabón antiséptico que contenga clorhexidina.
- Colocarse sobre el pijama el equipo de autopsia, que contiene: bata reforzada, delantal de polietileno, cubrezapatos impermeables, gorro, mascarilla y gafas de protección.
- Doble juego de guantes, de látex y normal, e intercalados entre ellos unos resistentes al corte. Ó en su defecto guantes de goma.
- Al finalizar la autopsia lavarse de nuevo las manos.
- Atender a todas las medidas preventivas descritas para este servicio.

4.3.3. Funciones del Celador en Anatomía Patológica

- Transporte del cadáver desde el depósito a la mesa de autopsias: Los cadáveres deben salir de la Unidad de origen perfectamente identificados, con el nombre y los apellidos en un lugar visible que no necesite de la manipulación de la mortaja para su lectura. El depósito deberá también estar identificado. La temperatura de las cámaras frigoríficas es de 4° C.

- Preparar el cadáver para realizar la autopsia, así como efectuar los movimientos del mismo que fueran necesarios para su práctica.
- Colocar el cadáver en la mesa de autopsias en decúbito supino.
- Conservar un ambiente de respeto impidiendo entrar durante el proceso autópsico a individuos ociosos o morbosos.
- Deben tenerse las mismas consideraciones con el cuerpo vivo que con el muerto.
- Auxiliar al médico durante la autopsia, en aquellas prácticas instrumentales no específicas de profesionales titulados, que no impliquen hacer uso de instrumental alguno sobre el cadáver, así como efectuar los movimientos del fallecido que fueran necesarios para su práctica.
- Pesaje de órganos, anotaciones, introducir en cubos herméticos restos humanos para su traslado e incineración por la empresa autorizada, etc.
- Si hay que rellenar un cadáver, se hace con papel, antes de proceder a su cierre por el Anatomopatólogo.
- Reconponer y asear al cadáver una vez efectuada la autopsia.
- Lo hará independientemente del sexo del paciente.
- Limpiar la sala, mesa y material de autopsia.
- Limpiar el instrumental utilizado con detergente, una vez limpio, aplicar una desinfección por medio de lejía durante 10 minutos por inmersión. Cada cierto tiempo se enviará el instrumental a esterilizar.
- Cualquier otra cuestión de carácter auxiliar que le fuera encomendada por el personal médico en relación con la práctica de autopsias.
- Reparto de los resultados de las biopsias y citologías del centro.
- Aparte de estas misiones específicas, tendrá las generales de todo Celador, tales como colocación de pedidos y material, traslados de documentos, materiales, vigilancia, etc.
- Tendrá a su cargo el velatorio.

4.4. EL CELADOR EN FARMACIA Y ALMACENES

4.4.1. Actuación del celador en farmacia

4.1.1.1. Introducción:

Los hospitales deberán disponer de servicios o unidades de farmacia hospitalaria con arreglo a los mínimos establecidos por la ley.

Está integrado por farmacéuticos, FIR (farmacéutico interno residente), enfermeros, auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos, y celadores. El servicio estará bajo la dirección de un farmacéutico.

Los hospitales con 100 o más camas contarán con servicio de farmacia hospitalaria bajo la titularidad y responsabilidad de un farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria. Dependiendo del volumen, actividades y tipo de hospital se establecerá reglamentariamente la necesidad de farmacéuticos adicionales en la farmacia del hospital.

Los hospitales con menos de 100 camas que no deseen establecer servicios farmacéuticos podrán solicitar de las Comunidades Autónomas autorización para mantener un depósito de medicamentos bajo la supervisión y control de un farmacéutico. Las condiciones, requisitos y normas de funcionamiento de tales depósitos serán determinados por la autoridad sanitaria competente.

La función primordial de la farmacia del hospital es tener disponible para su dispensación a las unidades de hospitalización (las plantas) y otros servicios, los medicamentos y demás productos prescritos por los médicos del centro para ser administrados como tratamiento a los pacientes asistidos en el hospital, los ingresados y los ambulatorios.

Además en la farmacia se realizan las siguientes actividades:

- Preparación y dispensación de:
 - Fórmulas magistrales.
 - Soluciones desinfectantes.
 - Nutriciones parenterales.
 - Medicamentos citostáticos.
 - Los compuestos consignados en la farmacopea y formularios oficiales del hospital.
- La dispensación de los medicamentos y demás productos de la farmacia se hará:
 - Por stocks, a las unidades de hospitalización y demás servicios.
 - Por unidosis.

- Control y dispensación de estupefacientes y psicotropos.
- Control y dispensación de medicamentos extranjeros.
- Propuesta de adquisición de determinados medicamentos, material de curas o productos.
- Envasados y reenvasados en dosis individuales de los medicamentos sólidos y líquidos orales.
- Establecimiento de sistemas de información para control de consumos, gastos y costos.
- Farmacovigilancia (control sobre los efectos de los medicamentos)
- En general, adquisición, clasificación, conservación, control y dispensación de medicamentos y demás productos de uso farmacológico.

Y con el fin de lograr el uso racional de los medicamentos, las unidades o servicios de farmacia hospitalaria:

- Garantizarán y asumirán la responsabilidad técnica de la adquisición, calidad, correcta conservación, cobertura de las necesidades, custodia, preparación de fórmulas magistrales o preparados oficiales y dispensación de los medicamentos precisos para las actividades intrahospitalarias y de aquellos otros, para tratamientos extrahospitalarios, que requieran una particular vigilancia, supervisión y control.
- Establecerán un sistema eficaz y seguro de distribución de medicamentos.
- Formarán parte de las comisiones hospitalarias en que puedan ser útiles sus conocimientos para la selección y evaluación científica de los medicamentos y de su empleo.
- Establecerán un servicio de información de medicamentos para todo el personal del hospital.
- Llevarán a cabo actividades educativas sobre cuestiones de su competencia dirigidas al personal sanitario del hospital y a los pacientes.
- Efectuarán trabajos de investigación propios o en colaboración con otras unidades o servicios y participar en los ensayos clínicos con medicamentos.

4.1.1.2. *La unidosis:*

Hoy día se ha extendido en los hospitales el suministro de productos farmacéuticos desde la farmacia en unidosis, es decir, en envases individualizadas por pacientes. Los medicamentos que han de ser administrados a los pacientes son solicitados desde las unidades de hospitalización (las plantas) por los enfermeros supervisores a la farmacia, mediante el correspondiente documento, especificando la medicación diaria por paciente que se ha de suministrar. En la farmacia se prepara la medicación

individual de cada paciente en su correspondiente bolsa y envase.

Se evita así la existencia de pequeños almacenes de medicamentos en todas las unidades de hospitalización, se controla mejor el gasto farmacéutico y se garantiza mejor el cumplimiento de la prescripción medicamentosa de cada paciente.

Los envases de las unidosis se identifican con los datos de cada paciente y se transportan desde farmacia hasta cada planta en un "carro de unidosis" por un celador. Se transporta el carro una vez que



Carro de unidosis.

la Farmacia terminado de reponerlo coincidiendo generalmente con el turno de tarde. Cada carro contiene los fármacos necesarios para la tarde, noche y mañana del día siguiente, separados mediante unos compartimentos. El celador dejará el carro a cargo del diplomado en enfermería que tenga asignados esos pacientes.

4.4.1.3. Funciones del celador:

- **Recepción de material:** el celador es el encargado de recepcionar los paquetes, bultos y envases que los proveedores suministran a la farmacia. Para ello debe comprobar mediante cotejo que el material servido coincide con el que figura en los "albaranes de entrega". En caso de error o no coincidencia no debe recepcionar el material o, en su caso, lo pondrá en conocimiento del responsable de farmacia.
- **Acondicionamiento del material:** una vez recepcionado el material el celador lo entregará al personal sanitario, junto con la copia de albarán para que los servicios administrativos contabilicen la entrada del mismo, al objeto de que lo clasifiquen, ordenen y coloquen en estantes.
- **Determinados productos,** distintos de los medicamentos, son acondicionados directamente por el celador. Por ejemplo los botes de sueros fisiológicos, etc.
- **Transporte de material dentro de la farmacia:** aparte de entregar los bultos, paquetes y envases de medicamentos y otros productos farmacológicos hasta la zona de clasificación del personal sanitario y de transportar el material que él mismo clasifica y acondiciona, el celador se encarga del movimiento de los bultos y cajas de gran volumen o peso dentro de la farmacia, cuando así se requiera.
- **Distribución de medicación y demás productos galénicos a las unidades del Hospital:** esta tarea de llevar los pedidos a las unidades destinatarias corresponde en unos hospitales al celador de la farmacia y en otros a los celadores de las distintas unidades (las plantas de hospitalización, las Consultas) que solicitan los medicamentos y otros productos a la farmacia. En todo caso la tarea del celador consiste en transportar carros con medicamentos o con otros productos (sueros, nutriciones) o carritos de unidosis de medicación, desde la farmacia hasta los puestos de enfermería de las plantas o de otras unidades, entregando a y recogiendo del personal autorizado (enfermeros supervisores) los documentos de

comprobación de suministro y entrega de los pedidos. A la vuelta deberá entregar al servicio administrativo de la farmacia dichos documentos debidamente firmados para su control y tramitación.

- **Transporte de productos desde otras unidades del hospital hasta farmacia:** determinados productos deberán ser transportados desde otras unidades hasta la farmacia por el celador. Igualmente, en el caso de haber más de una farmacia (en los complejos hospitalarios compuestos por varios hospitales) se desplazará y se encargará del traslado de material entre las mismas.
- **Dispensación de determinado material:** aunque la labor de dispensación corresponde a otro personal, el celador de la farmacia se encarga, normalmente, de dispensar determinado material que él mismo ha ordenado o acondicionado (botes de suero) o no (determinadas fórmulas magistrales o nutriciones parenterales) En caso de que alguien con competencia (por ejemplo un médico de urgencias) se dirija al celador solicitándole la entrega de algún medicamento, el celador se limitará a pasar la comunicación al farmacéutico responsable.
- **Controles e inventarios:** el celador de farmacia debe realizar los recuentos periódicos del material del que sea responsable al objeto de comprobar las existencias reales de los productos almacenados en la farmacia. Igualmente colaborará en el recuento que se lleve a cabo con ocasión del inventario general que anualmente o con otra periodicidad se realice en la farmacia con el mismo objeto de conocer la existencia real del material almacenado.

4.4.2. Actuación del celador en el almacén

4.4.2.1. Los suministros:

La actividad de suministro hace referencia al conjunto de tareas que tienen como finalidad aprovisionar de materiales al almacén y servicios sanitarios.

Se conoce como *suministro interno* aquella tarea encaminada a proveer desde el almacén, a los diversos servicios o unidades, del material necesario para poder llevar a cabo la actividad asistencial encomendada.

Y el *suministro externo* tiene como finalidad la de abastecer al almacén, desde los distintos proveedores, de la mercancía destinada al suministro interno y que previamente ha sido solicitada.

4.4.2.2. Recepción y almacenamiento de mercancías. Organización del almacén:

4.4.2.2.1. Concepto de almacén:

El almacén es el lugar físico donde se efectúa la función de almacenaje; este lugar debe ser suficiente y tener sus correspondientes zonas de recepción y control de entradas, de maniobra, de preparación y de salida de artículos.

La finalidad del almacén es garantizar el aprovisionamiento de las distintas unidades y servicios en todo momento y a un coste razonable. El objetivo principal del almacenaje es convertir en hábito la organización, el orden y la limpieza en el puesto de trabajo y para conseguir una mayor eficacia. Para que ello sea posible ha de contar con una adecuada estructura y responsabilizar a una persona de garantizar el control y organización de dicho almacén, ésta ha de tener en cuenta el volumen máximo a ocupar por el stock para obtener el módulo de almacenaje adecuado a cada producto, las características de éstos y el movimiento de entradas y salidas para evitar que los artículos queden obsoletos.

4.4.2.2.2. Importancia del control de almacenes

El almacén es un elemento vivo e influyente en la actividad de un centro sanitario, por ello, el lograr un control preciso del mismo, se hace una tarea importante para el desarrollo de toda actividad.

Para poder controlar las existencias de un almacén, de una forma precisa, se necesita conocer no sólo el número de entradas y salidas de las mercancías, sino también y muy importante, desde el punto de vista logístico, de la ubicación de las mercancías en el interior del almacén y de la disponibilidad de espacios en el mismo.

4.4.2.2.3 Criterios de ordenación

Los criterios de ordenación del material serán los más convenientes a los flujos de entradas y salidas, tamaño de los productos, accesibilidad, caducidad, uso clínico, etc.

Clasificación de Pareto ordena los artículos en clases "A", aquellos que más se utilizan y por tanto se guardarán en los lugares más próximos y de fácil acceso; los de clase "B", que tendrían un consumo intermedio y los de clase "C", aquellos que se consumen menos, y se almacenarán en los lugares menos accesibles del almacén.

El control de las existencias en el almacén se realiza a través de inventarios. Entendemos por inventario el conjunto de operaciones que se llevan a cabo para conocer las cantidades existentes en el almacén de cada producto en un momento determinado. En su elaboración se tendrán en cuenta únicamente los artículos en stock. Podemos distinguir entre:

- Inventario tradicional: consiste en el recuento de los artículos del almacén, para lo cual éste debe estar cerrado y todas las operaciones de entrada y salida de artículos debidamente interrumpidas.
- El inventario rotativo requiere un recuento sistemático de las existencias durante todo el ejercicio con el fin de determinar el número de veces que se consume y se repone la mercancía a lo largo del año.

Las **diferencias de inventario** son las que se producen entre los stocks teórico y el real. El control de las entradas y salidas permite determinar el stock teórico de un artículo, cuando éste no coincide con el recuento de dichos artículos se produce la diferencia. Estas diferencias reflejan las pérdidas que se producen a consecuencia de errores administrativos, roturas o robos. Tiene gran importancia para medir la eficacia en el control del almacén.

4.4.2.2.4. Fases en la tarea de suministro:

- **Previsión de aprovisionamientos:** Consiste en prever las necesidades de materiales de todo tipo que tenga la institución sanitaria.
- **Planificación de adquisiciones:** Tarea intermedia entre la previsión de aprovisionamiento y el procedimiento administrativo de contratación. Hace referencia a una necesaria adecuación, de los medios con que es posible contar.
- **Procedimiento administrativo de contratación:** Procedimiento mediante el cual se adquieren determinados productos o servicios.
- **Petición de Material:** Una vez gestionada la compra, se procede a la petición del material por la sección administrativa de suministros.
- **Recepción/revisión de mercancías:** Una vez se ha realizado la entrega del material, supervisado por el encargado del almacén, la función del celador será:
 - Comprobar que los bultos son los que constan en el albarán de entrega
 - Comprobar que el material que está en la orden de petición es el mismo que el que consta en el albarán de entrega de material y en el pedido, tanto en calidad, cantidad, como en requisitos técnicos exigidos.

Ambas funciones deben hacerse de manera minuciosa, es un control imprescindible para ratificar la calidad de productos recibidos y su correspondencia con las peticiones solicitadas.

Finalmente, el celador almacenero notificará la recepción a la unidad administrativa correspondiente.

- **Almacenamiento de mercancías:** Con posterioridad a la recepción ha de procederse al almacenamiento de la mercancía.

Este ha de llevarse a cabo siguiendo criterios de clasificación que faciliten la localización cuando los productos sean solicitados, los flujos de entradas y salidas, que vengán ordenados por el tamaño de los productos, accesibilidad, caducidad, uso clínico, etc.

Según el tipo de Institución de que se trate, pueden existir almacenes generales para todos los centros integrantes de un hospital, área hospitalaria

o Zona Básica de Salud, o un almacén por cada edificio. También puede haber almacenes según el tipo de material de que se trate. Según este último criterio se originarían tres tipos de almacenes:

A) *Almacenes de materiales de uso relacionado directamente con los enfermos:*

- Almacén de farmacia.
- Almacén de material clínico fungible.
- Almacén de material quirúrgico y aparataje.

B) *Almacenes de materiales para el funcionamiento del centro Sanitario:*

- Almacén de papelería.
- Almacén de mantenimiento.

C) *Almacén de Lencería:*

- En este se dan conjuntamente los dos anteriores, pues su finalidad es tanto la provisión de ropa personal y de cama a los enfermos, como el dotar del vestuario reglamentario al personal.

- **Distribución de pedidos:** La finalidad, razón de ser y objetivo último de los almacenes es la distribución de pedidos. Para ello, los distintos servicios o unidades de la institución presentan sus pedidos en un impreso normalizado que recibe distintas denominaciones (vale de almacén, hoja de pedido, etc.), para que los celadores almaceneros preparen los mismos. Una vez preparado, según la periodicidad previamente determinada (diaria, semanal, etc.), el personal auxiliar de cada servicio o unidad retirará el material. Como casos excepcionales se pueden dar situaciones imprevistas de desabastecimiento, situaciones de urgencia. O los servicios que requieren del almacén materiales de entrega inmediata, como es el caso de los servicios de mantenimiento. En estos supuestos, como es lógico, no hay días fijados para la entrega del material.

La petición del material debe hacerse, como dijimos anteriormente, en impreso normalizado, debiendo ir firmada por la persona responsable del servicio (supervisores de planta, jefe de unidad, etc.), indicando:

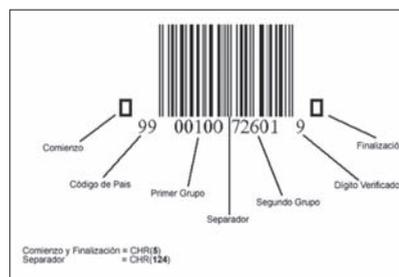
- Denominación del material.
- Código.
- Identificación del servicio, fecha y firma.

La mercancía será retirada junto con una copia de la hoja de pedido, en la cual, el personal del almacén habrá consignado previamente la cantidad realmente servida, junto a la que se solicitó.

4.4.2.3. El código de barras

Un código de barras es sencillamente una etiqueta con un número determinado de barras negras inscritas en ella.

Los códigos de barras representan datos en una forma legible por las máquinas, y son uno de los medios más eficientes para la captación automática de datos.



Además, pueden contener una gran cantidad de información para un operador adecuadamente equipado y ofrecer el beneficio adicional de suministrar la misma muy rápidamente.

La principal razón para la introducción de código de barras en un sistema de almacenamiento, es el adelanto que supone para la identificación de los productos en stock. La disponibilidad del equipo necesario para operar con ellos, puede justificar también el uso de estos códigos de barras para una buena identificación de las ubicaciones.

Los códigos de barras utilizados como identificadores para las operaciones de almacenaje tienen que ser frecuentemente leídos por aparatos manuales. Estos aparatos iluminan la etiqueta por medio de una luz emitida por diodos y leen la luz reflejada mediante un receptor comparador electro-óptico.

Aparte del equipo de lectura, se requerirá, además, un decodificador para interpretar las lecturas en caracteres alfabéticos y números decimales y también para realizar los chequeos.

4.5. EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

4.5.1. Introducción

La Unidad de cuidados Intensivos, se ocupa de los pacientes que sufren alteraciones fisiopatológicas con un nivel de gravedad que presenta una amenaza para la vida; por ello que se les llama Pacientes Críticos.

Se trata de una especialidad multidisciplinaria que representa el último escalón asistencial.

Su ámbito principal de actuación es el Hospital en el marco del Servicio de Medicina Intensiva.

Por lo tanto, los pacientes críticos para poder sobrevivir deben recibir una atención mucho más especializada y para ello se crearon las Unidades de Cuidados Intensivos, donde se proporciona cuidado médico y de enfermería de manera permanente a pacientes críticos inestables.

Se caracteriza porque cuenta con tecnología de alta complejidad, las que solo están disponibles en estas unidades.

La atención que se le entrega al paciente crítico debe ser desde una perspectiva integral. Por lo tanto la calidad de todos los recursos ha de ser excelente, es decir, hay que velar que haya una correcta coordinación con todo el equipo necesario para los pacientes críticos además de las condiciones de la infraestructura.

Debido a las características especiales de este servicio, el personal que trabaja en él debe estar preparado y adiestrado en el manejo de este tipo de pacientes.

4.5.2. Organización de una UCI

Para familiarizarnos con esta área, vamos a ver la organización de una Unidad de Cuidados Intensivos ya que su distribución no es aleatoria, sino que está concebida para desarrollar de manera eficaz el trabajo del equipo multidisciplinario con el tipo de enfermo que ingresa.

Una UCI debe ser una zona del Hospital que se ubique de forma independiente, pero que a su vez tenga un acceso rápido y directo del resto de los servicios del Hospital; en especial urgencias, quirófano y medicina interna.

Ni que decir tiene que al ser un servicio con un índice alto de mortalidad, debe tener también un acceso rápido, fácil y discreto al mortuario.

4.5.2.1. Estructura física

a) Módulo de generales

Compuesto por un número determinado de camas, perfectamente equipadas con los dispositivos propios. En esta unidad, se atenderán todas las patologías médicas que precisen soporte vital avanzado, como las intoxicaciones las pancreatitis, los politraumatismos, el coma, etc.

b) Módulo postoperatorio

En el que se ubicarán los postoperatorios de cirugía compleja, agresivas y que requieren una vigilancia precoz muy cercana.

c) Módulo de coronarias

También con un número determinado de camas y que atenderán todas las patologías cardíacas agudas y las crónicas reagudizadas.

d) Módulo de trasplante

Son módulos aislados específicos para los enfermos que se hayan sometido a un trasplante y en ellos se guardan unas normas de aislamiento muy específicas.

Desde hace muchos años se viene investigando y publicando, cual sería la estructura arquitectónica de una UCI para conseguir dinamismo, eficacia, amplitud, control fácil de los pacientes y una perfecta técnica de asepsia.

Clásicamente hay tres tipos de estructura arquitectónica:

Abierta: esta es utilizada normalmente como unidad de reanimación postoperatoria ya que permite un control visual de todos los pacientes a la vez.

Cerrada: prácticamente en desuso ya que no permite la vigilancia visual de todos los pacientes.

Mixta: una mezcla de las dos anteriores.

Cada cama dispondrá de un mínimo espacio a su alrededor que pueda permitir el acceso a ésta desde sus cuatro lados sin generar molestias a los pacientes de alrededor ni al resto del personal.

Pero además este espacio debe permitir la realización de actividades básicas como el aseo, las relaciones humanas ó el tratamiento psicológico.

En cada Módulo debe haber camas de aislamiento siendo lo ideal un 50% de camas que pudieran aislarse para pacientes con infecciones respiratorias, sepsis, grandes quemados...

Existen una serie de medidas básicas en cuanto a la construcción de una UCI que van encaminadas a facilitar los objetivos terapéuticos, de prevención de riesgos laborales y de asepsia que vamos a describir a continuación:

- Con objeto de facilitar la limpieza y evitar el acumulo de suciedad, la unión entre el suelo y la pared de ser curvada y no en ángulo recto.
- La disposición del techo no debe tener irregularidades ni estar conformado por placas que pueda acumular suciedad.
- Los materiales deben ser vinílicos ó similares ya que no se alteran con los agentes químicos, no se degradan frente a la acción de la luz, el calor, la humedad, etc., y por lo tanto no generan contaminación por desprendimiento de partículas. Son resistentes a la abrasión.
- Los materiales deben ser aislantes, deben favorecer la insonorización y deben ser impermeables al agua y al vapor del agua.
- El pavimento debe ser conductivo, de forma que sea capaz de eliminar la electricidad estática.
- En los Módulos cerrados las paredes deben ser acristaladas, de manera que permita la vigilancia del paciente.
- El aire acondicionado debe suministrar aire nuevo y filtrado que esté libre de polvo y con una humedad y temperatura apropiadas. Se debe favorecer la

renovación del volumen de aire, ya que de esta forma se favorece la eliminación de gran parte de las bacterias diseminadas en el medio hospitalario.

- Cada cama debe estar provista de toma de gases, de vacío y de electricidad.
- En cuanto a la iluminación, debe haber cinco tipos: la general de la sala (no deslumbrante), la de reconocimiento ó de trabajo, la de supervisión (para las horas nocturnas), y la de emergencia (con circuito independiente). De cualquier forma es importante disponer de luz natural para favorecer el ritmo circadiano del paciente y su conexión con el medio ambiente.
- En cada cama debería haber de 8 a 10 enchufes.
- Deberían haber lavabos en las habitaciones aisladas con grifos accionados con el codo, pié ó rodilla.
- La temperatura ambiente es necesario que se mantenga entre 20-25°C así como el mantener una humedad relativa del medio ambiente de entre 50-60%
- Sistemas de alarmas y detección de incendios.

Debido a la condición de riesgo vital que presentan los pacientes que se atienden en la UCI y a su escasa probabilidad de que puedan sobrevivir fuera de la unidad, se debe poner énfasis en las medidas de prevención y defensa en contra de desastres naturales e incendios.

El propósito de las condiciones de protección contra incendios es:

- Reducir al mínimo el riesgo de incendio
- Evitar la propagación del fuego, tanto al resto del edificio
- Facilitar el salvamento de los ocupantes de los edificios en caso de incendio
- Facilitar la extinción de los incendios.
- Las vías de evacuación o de salida principal de la UCI tendrán un ancho mínimo de 240 cm., considerando un paciente en cama, los equipos de soporte y personal para el traslado.

Los pasillos interiores o vías secundarias de la Unidad donde exista circulación de pacientes deben tener un ancho mínimo de 180 cm., de tal manera que se permita el paso de camillas o sillas de ruedas.

Toda UCI debe contar con al menos una salida de emergencia.

- La unidad debe contar con un sistema automático para detectar oportunamente cualquier principio de incendio y un sistema de alarma para permitir alertar a los usuarios en forma progresiva. También se debe contar con la presencia de extintores.

Además de estas medidas en cuanto a la construcción de la unidad, es interesante que se disponga de:

- Vestuarios para el personal.
- Almacén de material y aparataje.
- Zona de estar de descanso para el personal.
- Zona de estudio.
- Despacho de información para pacientes.

4.5.3. Recursos humanos

La UCI consta de:

- **Personal facultativo:** los médicos de ésta Unidad son intensivistas y existe una jerarquía; Jefe del Servicio, Jefe de Sección, Médicos Adjuntos, Médicos Residentes (Médicos en formación).
- **Personal de Enfermería:** requieren de una formación y entrenamiento especializado para trabajar en esta Unidad, aunque no existe una especialidad reglada como tal. También existe una jerarquía; La figura del Supervisor/a como responsable del personal de enfermería.
- **Auxiliares de Enfermería:** también requieren de formación especializada y entrenamiento para trabajar en ésta Unidad. Depende del supervisor/a.
- **Celadores y personal administrativo:** es el personal no sanitario que trabaja en una UCI.

Después de describir la distribución, organización y características de una Unidad de Cuidados Intensivos vamos a ver cuales son las funciones del Celador en esta Unidad.

4.5.4. Funciones del Celador

- Colaborará con el personal de enfermería durante el aseo de los enfermos. El Celador de UCI precisa de conocimientos y manejo en la movilización de pacientes críticos.
- Utilizará bata, gorro, mascarilla y patucos en aquellos pacientes que estén aislados por procesos infecciosos. Así como atenderá a las normas generales de lavado de manos y demás reglamento del servicio.
- Llevará con diligencia las analíticas, peticiones al Banco de Sangre, Hojas de Interconsulta y demás pruebas que vayan surgiendo durante la jornada.

- Ayudará en la movilización o sujeción mecánica de los enfermos agitados, sujetará a los pacientes para realizar pruebas.
- Colaborará en la movilización del paciente, para la colocación de dispositivos de eliminación de heces y orina ("cuñas", "botellas"), ayudando a la enfermera/auxiliar de enfermería cuando, por circunstancias especiales, no pueda hacerlo sola (pacientes obesos, pacientes inconscientes, etc.).
- Trasladará aparatos y material haciéndolo con cuidado para no deteriorarlos.
- Dará cuenta a sus superiores de cualquier anomalía ó desperfecto en la unidad ó el material.
- Llevará informes verbales ó escritos a los servicios que le sean ordenados con diligencia y rapidez.
- Llevará el material averiado ó estropeado a los servicios de Mantenimiento, Electromedicina, etc.
- Realizará traslados de los pacientes a las pruebas complementarias siendo el responsable de la colocación de la botella de oxígeno en la cabecera ó pie de cama y bajo la vigilancia de la enfermera/o adaptando y abriendo la botella.
- Ayudará a las enfermera/o a amortajar a los fallecidos vistiéndolos con una sábana antes de trasladarlos al mortuorio. El cadáver debe ser retirado con discreción en una camilla procurando que los demás enfermos no se enteren de la muerte. Cuidará que no se pierda la tarjeta de identificación del cadáver.
- Ayudará a colocar el material de almacén y los pedidos en estanterías o en lugares habilitados para tal fin.
- Se abstendrán de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los mismos, o informar sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el médico o enfermera encargada de la asistencia del enfermo.

Como ya hemos dicho anteriormente, La Unidad de Cuidados Intensivos es un servicio especial, y por lo tanto el personal que trabaja en él debe estar preparado para tratar con el tipo de pacientes que ingresan.

El **celador** es parte fundamental del equipo multidisciplinario y debe tener conocimientos:

- En las distintas posiciones de los pacientes.
- En la movilización de pacientes (de cama a sillón, de cama a camilla, etc.)
- En el traslado intrahospitalario de pacientes críticos a pruebas diagnósticas.
- Conocer los utensilios, aparatos y mobiliario de la Unidad (camas de UCI, distintos respiradores, ecógrafos, aparatos de EKG, etc.)

4.5.5. Posiciones de pacientes encamados más comunes.

- **Decúbito supino, dorsal o anatómica:** El paciente se encuentra tumbado sobre su espalda, con los brazos y piernas extendidos.
- **Decúbito prono o ventral:** El paciente reposa sobre el abdomen, con las extremidades extendidas y la cabeza girada hacia un lado.
- **Decúbito lateral:** El paciente se encuentra reposando sobre uno de los laterales del cuerpo, con la espalda recta y los brazos flexionados próximos a la cabeza. La pierna que reposa sobre la cama, se encuentra ligeramente flexionada y la otra permanece flexionada a la altura de la cadera.
- **Posición inglesa o de Sims, semiprona o pronación 3/4:** El enfermo se halla en decúbito lateral izquierdo con el muslo flexionado hacia delante. Cabeza girada lateralmente. Puede ser izquierda o derecha.
- **Posición de Trendelenburg:** El enfermo se halla en decúbito supino sobre una cama o mesa inclinada 45° respecto al suelo, de modo que la cabeza está a un nivel inferior que los pies.
- **Posición de Trendelenburg inversa, anitrendelenburg o Morestin:** El enfermo está inclinado en decúbito supino con la cabeza a un nivel superior que los pies. El paciente descansa en un plano inclinado 45° respecto al suelo.
- **Posición de Roser o Proetz:** El enfermo se coloca en decúbito supino haciendo colgar la cabeza bruscamente por detrás de la cabecera de la camilla para conseguir la hiperextensión del cuello
- **Posición de Fowler:** Posición de semisentado con las rodillas ligeramente flexionadas y el respaldo de la cama formando un ángulo de 45 grados.
- **Posición Genupectoral o Mahometana:** El paciente se apoya sobre sus rodillas y pecho. Rodillas ligeramente flexionadas y muslos perpendiculares a la cama, cabeza vuelta hacia un lado, mejilla en almohada, y brazos extendidos.
- **Posición Ginecológica o de Litotomía:** Enferma en decúbito supino, con pelvis apoyada junto al borde de la mesa. Extremidades inferiores separadas, con los muslos y piernas flexionados.

4.5.6. Movilización de pacientes

- Para movilizar al paciente encamado debemos tener en cuenta su estado y conocer si puede colaborar con nosotros o no es posible su ayuda para cambiarlo de postura.
- Se debe preparar el área donde se va a trabajar, quitando aquellos elementos que puedan entorpecer nuestra acción.
- Procurar realizar el esfuerzo con los músculos mayores y más fuertes (muslos y piernas)

- Acercarnos lo máximo posible a la cama del enfermo para que el esfuerzo sea menor, y la columna vertebral debe estar erguida.
- Es preferible deslizar y empujar, que levantar.

- **Paciente no colaborador:**

Realizar la movilización entre 2 personas:

1. Colocarse cada persona a un lado de la cama, frente al enfermo;
2. Debemos colocar los pies separados así como las rodillas ligeramente flexionadas;
3. Retirar la ropa superior de la cama así como la almohada del paciente;
4. Las auxiliares o celadores introducen un brazo por debajo del hombro del paciente y el otro debajo del muslo. Sujetan al paciente y lo levantan con cuidado hasta llevarlo a la posición deseada;

NOTA: A la hora de movilizar al paciente a la posición deseada es preciso evitar fricciones y sacudidas repentinas o bruscas para lo cual el paso 4 es mejor realizarlo con la ayuda de una entremetida.

También se pueden colocar las dos personas al mismo lado de la cama, de esta forma:

1. La primera persona coloca un brazo por debajo de los hombros del paciente y el otro brazo por debajo del tórax.
2. La segunda persona desliza sus brazos a la altura y por debajo de la región glútea;
3. Entonces elevan cuidadosamente al paciente hacia la posición requerida.

Dentro del **paciente no colaborador**, podemos incluir con especial atención la movilización del paciente crítico politraumatizado.

La movilización de pacientes politraumatizados, así como realizar una mala práctica en las maniobras puede conllevar al paciente a un agravamiento de las lesiones ya existentes, por lo tanto es conveniente la utilización de dispositivos, como grúas que permiten movilizar al paciente en bloque, manteniendo la alineación corporal sin apenas manipulaciones.

- **Movilización de pacientes politraumatizados.**

1. Mantener en todo momento la alineación corporal, prestando especial atención a la alineación de cabeza, cuello y tórax. Si se sospecha de traumatismo cervical el paciente debe tener colocado un collarín ó en su defecto una tracción manual durante la maniobra.

2. Todos los miembros del equipo deben trabajar de forma coordinada bajo las órdenes de la enfermera/o.
3. Si el paciente presenta un traumatismo craneoencefálico:
 - a) Mantener la cabecera elevada unos 30 ° y vigilar la alineación corporal en especial cabeza, cuello y tórax. La cabeza debe permanecer en posición neutra.
 - b) Para el cambio de cama se recomienda el uso del movimiento de arriba a abajo, que consiste en movilizar al paciente por partes, primero la cabeza, cuello y tórax luego la pelvis y por último las extremidades inferiores.
 - c) Para la realización de cambios posturales, movilizar al paciente siempre en bandeja, es decir desplazarlo de un lateral a otro de la cama como si fuera una sola pieza (bloque) sujetando siempre la cabeza para evitar la flexión, torsión ó extensión.
 - d) Evitar la flexión inguinal mayor de 90°.
4. Si el paciente presenta un **traumatismo torácico**:
 - a) Como norma general mantener al paciente en reposo absoluto y en posición semi-fowler.
 - b) Para el cambio de cama está indicado el movimiento de arriba abajo.
 - c) En pacientes con lesiones costales, neumotórax ó hemotórax evitar colocarles sobre el lado afectado.

● **Paciente colaborador:**

En este caso con una sola persona basta.

1. Nos colocaremos junto a la cama del enfermo, frente a él y a la altura de su cadera.
2. Decirle al enfermo que se agarre a la cabecera de la cama y flexionando sus rodillas, coloque la planta de los pies apoyando sobre la superficie de la cama.
3. Entonces colocamos nuestros brazos por debajo de las caderas del paciente.
4. Se le pedirá al paciente que haciendo fuerza con sus pies y brazos intente elevarse.
5. Es entonces cuando la auxiliar o el celador -con sus brazos- debe ayudar al enfermo a subir hacia la cabecera.

6. Si el paciente se encuentra bastante ágil, puede realizar él solo esta movilización.

- **Movilización de los pacientes ayudados por una sábana:**

Se realiza entre dos personas, situados uno a cada lado de la cama.

1. Para esta técnica nos ayudaremos de una "entremetida" que es una sábana doblada en su largo a la mitad.
2. Se la colocaremos al paciente por debajo, de forma que llegue desde los hombros hasta los muslos.
3. Para ello colocaremos al enfermo en decúbito lateral, lo más próximo a un borde de la cama y meteremos la "entremetida" por el lado contrario al que está girado, luego lo volveremos al otro lado y sacaremos la parte de "entremetida" que falta de colocar.
4. Una vez colocada la "entremetida", se enrolla ésta por los laterales sujetándola cada persona fuertemente, pudiendo así mover al paciente hacia cualquier lado de la cama evitando las fricciones.

- **Movilización del paciente hacia un lateral de la cama:**

El Celador se coloca en el lado de la cama hacia el cual va a trasladar al enfermo:

1. Colocar un brazo debajo del hombro del paciente, sujetándolo sobre la axila opuesta;
2. Colocar el otro brazo por debajo de la cadera, desplazándolo hacia la otra cadera;
3. Si el enfermo es corpulento debe realizarse entre dos personas;
4. Movilizarlo con cuidado a la posición deseada.

- **Giro del paciente encamado de Decúbito Supino a Decúbito Lateral:**

El Celador debe colocarse en el lado de la cama hacia el que va a girar el enfermo:

1. En primer lugar, se desplaza al paciente hacia el lado de la cama contrario al decúbito deseado, para que al girarlo quede el paciente en el centro de la cama.
2. Se le pide al paciente que estire el brazo hacia el lado que va a girar el cuerpo y que flexione el otro brazo sobre el pecho;

3. Se le pide que flexione la rodilla del miembro que va a quedar por encima;
4. A continuación el auxiliar o el celador debe colocar uno de sus brazos por debajo del hombro y el otro por debajo de la cadera;
5. Girar al paciente hacia el lado en que se encuentra el auxiliar o celador, dejándole colocado en decúbito lateral.
6. NOTA: En la posición de Decúbito Lateral hay que tomar precauciones con orejas, hombros, codos, cresta ilíaca, trocánteres y maléolos para que no se produzcan úlceras por presión.

- **Forma de sentar o incorporar al paciente en la cama:**

Para sentar un enfermo en la cama, si ésta es articulada como son prácticamente todas, basta dar vueltas a la manivela correspondiente hasta que la elevación de la cama haga que el enfermo se encuentre cómodo y en una postura adecuada a su estado.

Para levantarle los hombros, el Celador se coloca de cara al enfermo y de lado con respecto a la cama. El pie más cercano se coloca atrás y la mano más lejana se pasa por detrás de los hombros del enfermo balanceando el cuerpo hacia atrás, bajando las caderas verticalmente de forma que el peso pase de la pierna de delante a la de atrás.

- **Forma de sentar al paciente en el borde de la cama:**

1. El Celador adelanta un brazo, el más próximo a la cabecera, y rodea los hombros del enfermo, y el otro lo coloca en la cadera más lejana del enfermo.
2. Con esta mano hace que la cadera y las piernas giren de modo que queden colgando del borde de la cama.
3. Con el otro brazo ayuda a erigir el tronco.
4. En el momento en que se ha sentado, se le debe tomar el pulso y luego se le colocan la bata y las zapatillas.

- **Pasar al paciente de la cama a la camilla:**

Con dos personas:

1. Una realiza la movilización del enfermo y la otra se asegura de fijar la camilla para que no se mueva y de ayudar a la primera,
2. La camilla se coloca paralela a la cama y bien pegada a ésta.

3. Previamente se habrán sacado la entremetida y el hule (salva camas) tras haber retirado la sábana encimera y las mantas hacia los pies.
4. Una de las dos personas se coloca en el lado externo de la camilla, en el centro, y tira de la entremetida hacia sí, mientras la otra se coloca en la cabecera sujetando al enfermo por los hombros, levantándolos y acercándole hacia la camilla.
5. Una vez que el enfermo está colocado en la camilla, se le tapa con las sábanas y mantas y se arreglan el hule y la entremetida.

Con tres personas:

1. Si el enfermo no puede moverse en absoluto serán necesarias tres personas.
2. La camilla se coloca perpendicular a la cama, con la cabecera de la camilla tocando los pies de la cama.
3. Las tres personas se sitúan frente a la cama, adelantando un pie hacia la misma.
4. Doblan las rodillas al unísono y colocan sus brazos bajo el paciente: el primero, uno por debajo de la nuca y hombros y el otro en la región lumbar; el segundo, uno bajo la región lumbar y otro debajo de las caderas, y el tercero, uno debajo de las caderas y el otro debajo de las piernas.
5. Después vuelven al paciente hacia ellos haciéndole deslizar suavemente sobre sus brazos. Éstos se mantienen cerca del cuerpo para evitar esfuerzos inútiles.
6. Se levantan, giran los pies y avanzan hacia la camilla, luego doblan las rodillas y apoyan los brazos en la misma. Los movimientos han de ser suaves y simultáneos para dar seguridad al enfermo y evitar que se asuste.

● **Pasar al paciente de la cama a la silla de ruedas:**

1. Lo primero que hay que hacer es fijar las ruedas. Si aún así hay peligro de que la silla se mueva harán falta dos personas, una de las cuales sujetará la silla por el respaldo para evitar su movimiento.
2. Si la cama está muy alta se colocará un escalón que sea firme y que tenga una superficie suficiente para que el enfermo se mueva sin caerse.
3. El paciente se sentará al borde de la cama y se pondrá, con la ayuda del Auxiliar, la bata y las zapatillas (de forma que no se le salgan con facilidad).

4. Si el paciente no puede hacer solo los movimientos necesarios para sentarse al borde de la cama se le ayudará de la manera indicada en el apartado "forma de sentar al paciente en la cama". La silla se coloca con el respaldo en los pies de la cama y paralela a la misma.
5. El Celador se coloca frente al enfermo con el pie que está más próximo a la silla por delante del otro.
6. El paciente pone sus manos en los hombros del auxiliar o celador mientras éste lo sujeta por la cintura.
7. El enfermo pone los pies en el suelo y el Auxiliar o Celador sujeta con su rodilla más avanzada la rodilla correspondiente del enfermo para que no se doble involuntariamente.
8. El Celador gira junto con el enfermo y, una vez colocado frente a la silla, flexiona las rodillas de forma que el enfermo pueda bajar y sentarse en la silla. Cuando la silla no es de ruedas se procede en la misma forma, pero el peligro de que la silla se mueva es inferior.

4.5.7. Traslado intrahospitalario del paciente crítico

Durante el transporte intrahospitalario, independiente de la razón del mismo, el objetivo es ofrecer los cuidados, monitorización, tratamiento y capacidad de intervención que se tienen en una UCI.

Para ello en base a las necesidades individuales de cada paciente se dispondrá del personal y material adecuados para cada transporte.

Es importante asimismo tener definidas las distintas fases de realización del transporte intrahospitalario.

4.5.7.1. Fase de preparación:

En la cual se determina una vez conocidos el lugar, la distancia y el tiempo de traslado, las necesidades de material y de personal, así como valorar las posibles complicaciones que puedan aparecer.

Se preparará el material a utilizar, revisando su correcto funcionamiento, estado de las baterías, comprobación de botellas de oxígeno, respirador de transporte y equipo auxiliar (laringoscopio, tubos endotraqueales, etc.). Igualmente durante esta fase se asegurarán las líneas venosas, el tubo endotraqueal si lo tuviera, sondas, drenajes,..

En los traslados, el Celador es responsable de la bala de oxígeno. Las balas de oxígeno son cilindros de acero que contienen oxígeno a una presión superior a la atmosférica y a una temperatura de 21º C. La mayoría contienen 6000 l, mientras que las pequeñas son de 350, 175 y 150 l.

Las unidades en que se expresa la capacidad de una bala puede ser en litros (l), atmósferas de presión, mm de Hg. ó Kg. /cm³.

Todo tanque está provisto de un manómetro y consta de un reloj con una circunferencia graduada expresada en litros, mm de Hg., atmósferas, etc. Y una aguja que expresa en cada momento la Presión existente en la bala.

La Presión interna de la bala va disminuyendo a medida que el oxígeno es consumido por el paciente y llega un momento en que se iguala a la Presión atmosférica. En ese momento deja de salir oxígeno de la bala.

Dado que la bala tiene un tiempo de vida limitado, es importante saber el tiempo que se va emplear en el transporte y la duración de la prueba para no correr riesgos de que el paciente no reciba oxígeno continuamente.

4.5.7.2. Fase de transporte:

Es necesario mantener una correcta coordinación durante el transporte para facilitar el acceso al lugar de destino, controlando los ascensores a utilizar, siendo más prácticos los que funcionan mediante llave, y estar en contacto con el lugar de destino para que estén preparados para la llegada del paciente, evitando esperas innecesarias que podrían causar complicaciones.

La mayoría de las UCI tiene ascensores exclusivos para uso urgente de los pacientes críticos. Se tendrá especial cuidado a la entrada y salida del ascensor para prevenir enganches de sondas, vías, drenajes, etc. Y para evitar tirones y/o arrancamientos accidentales de los mismos.

- a) **Entrada al ascensor:** El celador se sitúa en donde en la cabecera del paciente, de manera que lo primero que avanza son los pies de este. Cuando llega al ascensor debe abrir la puerta e ir introduciendo la camilla por la parte de los pies, en primer lugar.
- b) **Salida del ascensor:** El celador abrirá la puerta, y comenzará a sacar la camilla por el lado de la cabeza, evitando al enfermo golpes de cualquier clase. Una vez en el pasillo, el celador girará la camilla, se colocará en el lado de la cabeza del paciente, desde la cual empujará hacia delante, de tal manera que los pies del paciente sean los que vayan abriendo camino.

4.5.7.3. Fase de regreso:

Una vez de vuelta el paciente a la UCI, se revisarán las vías, drenajes, sondas, tubo endotraqueal, bombas de infusión, conexión a monitor de pared, etc., dejando al paciente correctamente instalado en su box.

El Celador esperará a retirar la bala de oxígeno ó el respirador portátil cuando el paciente haya sido conectado al respirador de su cama ó a la conexión de oxígeno de la pared.

Depositará el material utilizado en el transporte (como el respirador portátil, el pulsioxímetro, la bala de oxígeno, etc.,) en el lugar destinado al apartaje.

4.6. EL CELADOR EN LA UNIDAD DE INFECCIOSOS

4.6.1. Infección. Unidad de infecciosos

Se conoce como infección a la invasión y entrada en el organismo humano de agentes extraños vivos, ya sean bacterias, virus u hongos.

4.6.2. Precauciones estándar o habituales

Se aplican a todos los pacientes ingresados en una institución independientemente de su diagnóstico y presunto estado de infección. Están diseñadas para reducir el riesgo de transmisión de microorganismos a partir de fuentes tanto reconocidas como no de infecciones nosocomiales.

4.6.2.1. Lavado de manos:

Es necesario lavarse las manos:

- Después de haber estado en contacto con sangre, fluidos corporales, secreciones, excreciones y artículos contaminados, independientemente de si se usan guantes o no.
- Inmediatamente después de quitarse los guantes.
- Entre contactos con diferentes pacientes.
- Puede ser necesario lavarse las manos entre tareas y procedimientos en el mismo paciente para evitar la contaminación cruzada entre distintos sitios del cuerpo.
- Otras circunstancias diferentes a las anteriores y que eviten la transferencia de microorganismos a otros pacientes o al ambiente.

Si no existe suciedad visible puede utilizarse para la desinfección soluciones de fricción de base alcohólica. Se utiliza jabón común para el lavado de manos rutinario.

4.6.2.2. Elementos barrera:

4.6.2.2.1. Guantes:

- Usar guantes cuando se toca sangre, fluidos corporales, secreciones, excreciones y artículos contaminados.

- Ponerse guantes limpios inmediatamente antes de tocar membranas mucosas y piel no intacta.
- Cambiar los guantes entre tareas y procedimientos en el mismo paciente después del contacto con material que pueda contener una alta concentración de microorganismos.
- Quitarse los guantes inmediatamente después de su uso, antes de tocar elementos no contaminados y superficies ambientales y antes de atender a otro paciente.

4.6.2.2.2. Protección ocular y facial:

Usar protección para membranas de ojos, nariz y boca (mascarilla) durante procedimientos y actividades del cuidado del paciente que es probable que generen salpicaduras de sangre, fluidos orgánicos, secreciones y excreciones.

4.6.2.2.3. Bata:

Usar bata (limpia, no estéril) para proteger la piel y evitar el manchado de la ropa durante los procedimientos y actividades del cuidado de los pacientes que son capaces de generar salpicaduras o causar manchas en la ropa.

4.6.2.2.4. Lencería:

Manipular, transportar y procesar la ropa usada manchada con sangre u otros fluidos, de manera que se evite la exposición de la piel, membranas mucosas, contaminación de la ropa y evite la transferencia de microorganismos a otros pacientes y al ambiente. Usar sistema de doble bolsa, introduciéndola primero en bolsa hidrosoluble y a continuación en bolsa roja de material infeccioso.

4.6.3. Aislamiento de pacientes

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.

El enfermo contagioso ha de recibir los mismos cuidados que otro tipo de enfermos y a veces incluso mayores, siempre teniendo en cuenta mantener las normas de aislamiento que sean necesarias. Nunca debemos tomar una actitud de rechazo hacia este tipo de enfermos, puesto que ello podría hacerle sentir culpable, angustiado o avergonzado. Tanto al enfermo como a la familia debe conocer 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.
- Controlar o ejecutar el aseo del aislado en el cual se deben de respetar las normas de aislamiento.

4.6.3.1. Ubicación:

Tanto los pacientes portadores de enfermedades infectocontagiosas como los pacientes inmunodeprimidos deberán estar ubicados en habitaciones individuales.

Dichas habitaciones deberán tener en la puerta la señalización de aislamiento.

4.6.3.2. Transporte:

Los pacientes infectados que requieren de aislamiento solo se transportarán cuando sea indispensable. Limite los movimientos del paciente fuera del cuarto únicamente a lo esencial. Si el paciente es transportado fuera del cuarto asegúrese que las precauciones sean mantenidas, para minimizar el riesgo de diseminación a otros pacientes y la contaminación de equipo o superficies.

Cuando se traslada un paciente es importante:

- Que se utilicen las barreras necesarias para reducir la posibilidad de transmisión.
- El personal a donde se envía al paciente deberá ser alertado sobre las precauciones a mantener.
- Se le informará al paciente sobre estas precauciones y su forma de colaborar.

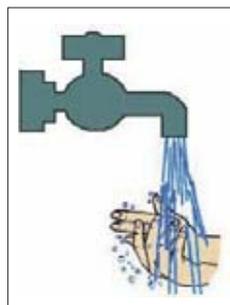
4.6.3.3. Tipos de aislamientos:

4.6.3.3.1. Aislamiento inverso:

Protección hacia el paciente inmunodeprimido.

- Habitación individual.
- Señalización de aislamiento.
- Puerta cerrada y restricción de visitas.
- Lavado de manos.

- Antes de entrar a la habitación se debe colocar bata, guantes, gorro, calzas y mascarilla.
- Al salir de la habitación depositar toda la ropa en los contenedores preparados al efecto.



4.6.3.3.2. Aislamiento de contacto:

Prevención de enfermedades infecciosas que se propagan por contacto directo

- Es aconsejable la habitación individual (lavabo propio)
- Señalización del aislamiento.
- Restricción de visitas.
- Lavado de manos.
- Según el tipo de lesión que presente el paciente, las personas que entren en contacto con él vestirán: bata, mascarilla y guantes. Todo este material estará situado dentro de la habitación.
- Nunca tocar con las manos heridas o lesiones.
- Retirarse toda la ropa antes de salir de la habitación y depositarla en los contenedores.

4.6.3.3.3. Aislamiento respiratorio:

Prevención de la propagación de enfermedades transmisibles por vía aérea.

- Habitación individual (baño propio)
- Señalización de aislamiento.
- Puerta cerrada y restricción.
- Lavado de manos.
- El uso de mascarilla es obligatorio para todo el personal (sanitario y visitas) Las mascarillas se deben cambiar con cierta frecuencia y se encontrarán situadas a la entrada de la habitación. Se desecharán al salir en los recipientes específicos para ello.
- Uso de pañuelos desechables.



4.6.3.3.4. Aislamiento estricto:

Prevención de la transmisión de enfermedades que se pueden contagiar a través de contacto directo y/o vía aérea.

- Habitación individual.
- Señalización del aislamiento.
- Puerta cerrada y restricción de visitas.
- Lavado de manos.
- Obligatorio: uso de mascarilla, bata, guantes y calzas; mientras se esté dentro de la habitación (tanto personal sanitario como visitas)
- El material necesario para vestirse se debe encontrar preparado dentro de la habitación, excepto la mascarilla que se deberá colocar antes de entrar a la habitación.
- Al salir de la habitación, las prendas contaminadas se depositarán en un contenedor (bolsa roja para la ropa), excepto las mascarillas que se tirarán al salir de la habitación.

4.6.4. Papel del celador en las unidades de infecciosos

- El celador realizará las labores propias de cualquier unidad, como son: colaborar en la movilización y aseo de pacientes, ingresos, traslados, manejo de muestras....
- Siempre que el celador entre en una habitación seguirá las normas del aislamiento indicado en la puerta.
- Colaborará con el resto del personal para el cumplimiento de aislamiento por parte tanto del paciente como de familiares y visitas.
- Seguirá las normas establecidas para el traslado de los pacientes aislados.

4.7. LA ELIMINACIÓN DE RESIDUOS.

Los residuos generados en los centros asistenciales, se pueden clasificar, como: Residuos no peligrosos y residuos peligrosos

4.7.1. Residuos No Peligrosos.

A) Residuos no peligrosos e inespecíficos: Residuos generales asimilables a urbanos.

Son residuos que se generan fuera de la actividad asistencial de los Centros Sanitarios, que no necesitan medidas especiales para su gestión.

Coinciden con los residuos urbanos o municipales, siendo los ayuntamientos los responsables de la gestión (recogida, eliminación o procesos de valorización o reciclado). Ejemplos de este tipo de residuos pueden ser. Restos de comidas, brick, papel, plástico, cartón, poda, etc., generados en centros sanitarios.

B) Residuos no peligrosos e inespecíficos: Residuos sanitarios asimilables a urbanos.

Se entiende como tales, a los residuos que se producen como consecuencia de la actividad asistencial y/o de investigación asociada, que no están incluidos entre los considerados como residuos sanitarios peligrosos, al no reconocérseles peligrosidad real ni potencial, según los criterios científicamente aceptados. Ejemplos de este grupo de residuos son los restos de pequeñas curas, sondas usadas, gasas, etc.

Asimismo se incluyen también en este grupo todo material contaminado que haya sido tratado específicamente para su descontaminación y/o esterilización, bien en instalaciones generadas, o bien en las autoclaves o cualquier otro sistema.

Al igual que en el caso anterior, es el ayuntamiento el responsable de la gestión de estos residuos.

Los residuos procedentes de medicamentos caducados o que hayan perdido la cadena de frío y los procedentes de placas de RX desechadas, no son considerados como residuos peligrosos, y en alguna de las CCAA son gestionadas por las mismas empresas que los residuos peligrosos, con el fin de una mejor eliminación en los primeros, y valorización en los segundos.

4.7.2. Residuos Peligrosos.

A) Residuos Sanitarios Específicos de riesgo.

Son los producidos por la actividad asistencial y/o de investigación asociada, que con llevan algún riesgo potencial para los trabajadores expuestos o para el medio ambiente, siendo necesario observar medidas de prevención en su manipulación, recogida, almacenamiento, transporte, tratamiento y eliminación.

Como existe gran variabilidad en la agrupación de estos residuos en las distintas Comunidades Autónomas de España, hemos descrito todos y cada uno de los residuos sin agruparlos.

- *Residuos Sanitarios Infecciosos.*

Son aquellos residuos contaminados o procedentes de pacientes capaces de transmitir las enfermedades infecciosas, que se han regulado específicamente en la normativa sobre gestión de residuos sanitarios de la Comunidad Autónoma correspondiente.

Las listas de las CCAA están sometidas a revisiones periódicas de acuerdo con la evolución de los conocimientos epidemiológicos y avances técnicos, que se tengan en materia de residuos y su transmisión a los seres vivos. Dichos listado aunque no coinciden totalmente en las distintas CCAA, en la práctica, el riesgo potencial más elevado se centra en enfermedades de escasa frecuencia en nuestra población: el ántrax, el muermo, las producidas por virus del grupo de las fiebres hemorrágicas africanas (Enfermedades de Marburg, la fiebre hemorrágica de Ébola y la fiebre de Lassa) y enfermedades lentas producidas por agentes no convencionales del tipo Cretzfeld-Jacob (NTP, 838:3).

- *Cultivos y Reservas de agentes infecciosos.*

Cultivos y reservas de agentes infecciosos donde se incluye los residuos de actividades de análisis o experimentación microbiológica:

- Cultivos de agentes infecciosos que hayan estado en contacto directo con ellos, como placas de Petri, hemocultivos, extractos líquidos, caldos, instrumental contaminado, filtros de campana de flujo laminar, etc.
- Si los cultivos o reservas de agentes infecciosos sometidos a descontaminación y/o esterilización, pueden ser considerados como residuos sanitarios no específicos, es decir, residuos sanitarios asimilables a urbanos.

Se incluyen cultivos y material contaminado en laboratorios de inmunología.

- *Residuos Infecciosos de animales de experimentación.*

En este apartado se incluyen cadáveres, partes del cuerpo y restos anatómicos, cualquier material contaminado de animales de experimentación que hayan estado inoculados con agentes infecciosos responsables de las infecciones señaladas en el cuadro anterior.

Si el animal de experimentación no ha sido infectado, es decir, los que se utilizan para cirugía, no se consideran residuos peligrosos.

Hay comunidades que incluyen en este apartado los productos utilizados diagnósticos o trabajos experimentales, otras incluyen residuos procedentes de la estabulación

- *Vacunas Vivas y Atenuadas.*

Las vacunas vivas inactivadas no suponen un riesgo biológico y serán eliminadas como residuos sanitarios asimilables a urbanos, es decir por la basura domestica.

Las vacunas vivas atenuadas, jeringas y viales con resto de vacunas y las vacunas caducadas, se consideran residuos peligrosos de este grupo.

Son vacunas vivas y atenuadas víricas, Triple Vírica, Varicela, Fiebre Amarilla y Polio oral y bacterianas: BCG, Cólera oral y Fiebre Tifoidea.

- *Sangre y Hemoderivados en forma líquida.*

Se consideran los recipientes que contengan sangre o hemoderivados, u otros líquidos, en cantidades superiores a 100ml en ningún caso de materiales manchados o que hayan absorbido estos líquidos (Madrid, País Vasco, Aragón, Navarra, Galicia, Andalucía y Castilla La Mancha). Aunque hay comunidades autónomas que no marcan el límite en los 100ml.

Pequeñas cantidades de sangre ó líquidos pueden ser vertidos al desagüe.

En el caso de la orina, esta ha de ser vertida al desagüe y el recipiente que la contiene tienen que tratarse como residuo sanitario no específico.

Es importante que el vertido en el desagüe se realice con precaución, con el fin de evitar las salpicaduras y la formación de aerosoles. Como regla general, si un recipiente con fluidos corporales, es difícil de abrir, se ha de eliminar como residuo sanitario específico y por lo tanto peligroso.

- *Residuos anatómicos.*

Se trata de residuos anatómicos humanos excepto los regulados por sus correspondientes decretos autonómicos de Policía mortuoria y procedentes de actividad sanitaria. Suelen ser tejidos o partes de pequeña entidad (se exceptúan por ejemplo, piezas dentales) que no sean reguladas por el reglamento de la policía mortuoria.

Se trata de restos de exéresis quirúrgicas, placentas, piezas anatómicas, etc.

- *Agujas y otro material.*

Se trata de cualquier objeto cortante y/o punzante utilizado en la actividad sanitaria y haya estado en contacto con fluidos corporales, con independencia de su origen, aunque como ya se dijo en temas anteriores, con independencia de su origen.

Se encuentran dentro de este grupo: agujas, lancetas, pipetas, hojas de bisturí, portaobjetos, cubreobjetos, tubos capilares y otros tubos de vidrio. Lo habitual es que se eliminen estos punzantes y cortantes aunque no hayan estado en contacto con fluidos corporales.

- *Residuos procedentes de unidades de diálisis.*

Hay Comunidades Autónomas que incluyen todo el material contaminado procedente de la hemodiálisis de portadores crónicos, otras incluyen los residuos procedentes de diálisis de pacientes con VHC, VHB y VIH; otras comunidades sólo incluyen los filtros de diálisis de pacientes infecciosos.

B) Residuos peligrosos no específicos de origen químico.

Se consideran residuos de este tipo los procedentes de líquidos de fijador y revelador generados en radiología y de desinfectantes a base de aldehídos (glutaraldehído); mercurio procedente de instrumentos de medida (termómetros y tensiómetros); recipientes y envases que hayan contenido estos productos químicos; residuos de laboratorio (reactivos, disolventes halogenados y no halogenados, disoluciones acuosas, ácidos, mezclas, etc).

C) Residuos peligrosos no específicos procedentes de medicamentos citostáticos y citotóxicos.

Los citostáticos son fármacos capaces de inhibir el crecimiento desordenado de las células tumorales, alterando la división celular y destruyendo las células que se multiplican más rápidamente. Por estos motivos este tipo de fármacos se usan en el tratamiento farmacológico (quimioterapia) de enfermedades neoplásicas, como terapia única o asociada a otras medidas: cirugía, radioterapia, hormonoterapia, o inmunoterapia. Además alguno de estos fármacos, como en el caso del metotrexate, se utiliza para el tratamiento de patologías autoinmune como por ejemplo la artritis reumatoide y la psoriasis.

El término residuo citostático abarca a todos los restos de medicamentos anticancerosos no aptos para su uso terapéutico y a todo aquel material sanitario de un solo uso que haya estado en contacto con el fármaco ya sea en su preparación (viales, filtros, bolsas, etc), en la protección del manipulador (mascarillas, guantes, batas, etc) o en la administración a los pacientes (agujas, jeringas, gasas, etc). Todos estos materiales contaminados o potencialmente contaminados, deben seguir un proceso de eliminación de forma que no resulten nocivos ni para las personas ni para el medio ambiente.

D) Residuos peligrosos no específicos de origen radioactivos.

Las instalaciones radiactivas con fines sanitarios, usan fuentes y materiales radioactivos para diversos usos. Entre las características propias de este tipo de instalaciones, está la amplia variedad de isótopos y rango de actividades que se utilizan. Estas instalaciones producen cantidades no despreciables de materiales residuales con contenido radioactivo y resulta necesario ordenar este proceso, poniendo especial interés en la segregación, caracterización y documentación, si se desea después realizar una gestión óptima de los mismos.

La única empresa autorizada en España para la gestión de este tipo de residuos es ENRESA.

E) Residuos peligrosos no específicos procedentes del mantenimiento de las instalaciones de los centros sanitarios.

Son aquellos residuos que teniendo la clasificación de peligrosos son generados en las llamadas actividades de soporte de los centros sanitarios, incluyendo aquí, los aceites lubricantes usados, pilas de níquel o cadmio o mercurio, filtros bactericidas, envases vacíos con disolventes usados, pinturas, etc.

Todos estos residuos peligrosos a excepción de los de origen radiactivos, son gestionados por una empresa autorizada para este fin, pudiéndose dar la posibilidad que cada Comunidad Autónoma o centros sanitarios dispongan de empresas distintas.

La **segregación y envasado** de cada tipo de residuo, dependerá de la comunidad autónoma, en lo que sí hay unanimidad es en el grosor (galgas) de las bolsas que van a contener los residuos no peligrosos.

En cuanto a las **características de los contenedores** en los que se van a segregar los residuos también hay unanimidad: rigidez, resistencia a gases químicos y materiales perforantes y con cierre provisional que garantice su estanqueidad hasta su llenado y un cierre hermético definitivo. No ocurre lo mismo, con los colores, tamaños y formas de cada contenedor, por este motivo, no adjuntaremos ninguna tabla de segregación.

La Ley 10/1998, de 21 de Abril, de Residuos, define claramente la obligatoriedad de la entrega del poseedor de cualquier tipo de residuo a los gestores autorizados para su valorización o eliminación.

En el caso de residuos peligrosos, la gestión corresponde a los denominados gestores autorizados. La autorización para tal fin es competencia de la Consejería de Medio Ambiente de la Comunidad Autónoma.

Cualquier entrega de este tipo ha de estar regulada por el Documento de Control y Seguimiento, según los artículos 35 y 36 del RD 833/1998, o bien pequeñas recogidas (menores de 2000Kg) con el documento regulado por la Orden de 12 de julio de 2002, por la que se regulan los documentos de control y seguimiento a emplear en la recogida de residuos peligrosos en pequeñas cantidades. Igualmente han de registrarse los respectivos asientos en los libros oficiales de producción de residuos peligrosos, según se menciona en el Real Decreto, antes mencionado.

BLOQUE PROFESIONAL

UNIDAD DIDÁCTICA 5: EL CELADOR ANTE LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS

*Autores:
Pilar Cuevas Matas
Antonio Benítez Leiva*

- 5.1. ACTUACIÓN DEL CELADOR EN URGENCIAS
 - 5.1.1. URGENCIA.
 - 5.1.2. EMERGENCIA.
 - 5.1.3. EPIDEMIOLOGÍA
 - 5.1.4. CLASIFICACIÓN DE LAS URGENCIAS.

- 5.2. SOPORTE VITAL BÁSICO. REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. (RCP)
 - 5.2.1. CONCEPTO Y DEFINICIONES.
 - 5.2.2. SOPORTE VITAL BÁSICO EN EL ADULTO. (SVB)
 - 5.2.3. RESUCITACIÓN CON DOS REANIMADORES.
 - 5.2.4. ASFIXIA POR CUERPO EXTRAÑO.
 - 5.2.5. DESFRIBRILADOR

- 5.3. EL CELADOR Y LA HIGIENE Y SEGURIDAD EN LOS CENTROS SANITARIOS
 - 5.3.1. SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO: ANTECEDENTES NORMATIVOS
 - 5.3.2. LEY GENERAL DE SANIDAD
 - 5.3.3. ESTATUTO DE LOS TRABAJADORES
 - 5.3.4. DESARROLLO REGLAMENTARIO DE LA LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
 - 5.3.5. SEGURIDAD Y SALUD EN LOS LUGARES DE TRABAJO
 - 5.3.6. SEÑALIZACIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
 - 5.3.7. R.D. 487/97: MANIPULACIÓN DE CARGAS/ RIESGOS DORSO LUMBARES
 - 5.3.8. TRABAJO CON EQUIPOS QUE INCLUYEN PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN
 - 5.3.9. UTILIZACIÓN DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL

5.4. EL CELADOR Y LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

5.4.1. RIESGOS LABORALES EN CENTROS HOSPITALARIOS

5.4.2. PRECAUCIONES BÁSICAS

5.5. EL CELADOR ANTE SITUACIONES DE EMERGENCIA

5.5.1. INTRODUCCIÓN

5.5.2. PARADA CARDIORRESPIRATORIA

5.5.3. POLITRAUMATISMOS

5.5.4. QUEMADOS

5.1. ACTUACIÓN DEL CELADOR EN URGENCIAS: CONCEPTOS DE URGENCIA Y EMERGENCIA.

5.1.1. Urgencia

A) Definición

Existen varios criterios a la hora de definir el concepto de urgencia sanitaria, vamos a utilizar el que la administración sanitaria ha usado para constituir o establecer los servicios especiales o normales de urgencia:

- "Es toda demanda de asistencia que se produce fuera del horario normal laboral". Criterio funcional.
- "Toda aquella situación que, en opinión del paciente, su familia o quien quiera que tenga la responsabilidad de llevar un enfermo al hospital requiere de una atención sanitaria inmediata". Criterio centrado en la percepción del usuario.
- "Toda situación que plantea una amenaza inmediata para la vida o salud de las personas"

B) Tipos de urgencia.

1. Urgencia subjetiva:

"Esta fundamentada desde la óptica de la víctima y el público, apareciendo criterios que tienen carácter de impresión, tales como el dolor agudo o la hemorragia externa, sin que estos signos pongan necesariamente en peligro la vida o la salud del paciente".

2. Urgencia objetiva:

"Toda situación que compromete la vida o la salud del paciente y que puede ser parecido por personal sanitario o no sanitario entrenado".

3. Urgencia vital:

"Toda situación en la que por fallo o compromiso de las funciones vitales respiratorias, circulatorias o cerebrales, existe a corto plazo riesgo de fallecimiento".

5.1.2. Emergencia.

Lo que era en sí un anglicismo (posibilidad lingüística de utilizar los términos urgencias y emergencia) ha dado lugar a la diferenciación conceptual entre ambos términos y su posterior aplicación al diseño de los modelos de atención sanitaria.

Con el término "emergencia sanitaria" entendemos aquellas situaciones que reúnen las siguientes características:

- Hacer peligrar la vida del enfermo, algún órgano o parte esencial de su organismo, si no se ponen en marcha medidas terapéuticas con prontitud, Siempre comporta un elevado riesgo vital.
- Situación que aparece de manera súbita.
- Precisa de respuesta inmediata especializada, entre unos minutos y una hora.
- La emergencia requiere hospitalización salvo raras excepciones.
- Precisa por lo general asistencia in situ y transporte asistido o especializado hasta el hospital.
- El personal que atiende situaciones de emergencias requiere de una formación específica

5.1.3. Epidemiología

Es muy difícil establecer una clasificación epidemiológica general de los motivos de urgencia y emergencia mas frecuentes, seria muy complejo pues depende de múltiples factores (población, clima, demografía, situación laboral etc.) si bien es cierto que existen cubiertas patologías que son comunes y pueden ser extrapolables.

Según un estudio que se ha realizado en el Hospital Miguel Server de Zaragoza, sobre los motivos más frecuentes en un servicio hospitalario de urgencias de tercer nivel en base al sistema de triaje español (SET), en los primeros once meses de implantación de este sistema de triaje, en una población estudiada de un total de 41.902 pacientes.

Los resultados fueron:

A) Según el nivel de urgencia:

- 0.8% nivel I
- 26,5% nivel II
- 35,9% nivel III
- 29% nivel IV
- 7,8% nivel V

B) Según las categorías sintomáticas mas frecuentes:

- Los problemas abdominales y digestivos 19,1% (7.995)
- La fiebre 10% (4.178)
- La disnea 9,3 % (3,916)

- El dolor torácico 8,7% (3.665)
- El adulto con malestar general 7,3% (3,044)
- La focalidad neurológica 5,1% (2,136)

El SET permite el análisis de estos motivos según su peso específico lo que posibilita establecer dinámicas de mejora en los problemas mas relevantes.

5.1.4. Clasificación de las urgencias.

A) Triage

Neologismo que equivale a selección o clarificación en función de una cualidad. Distinguiamos dos conceptos diferenciados: el triaje de residuos y el triaje sanitario.

Es importante destacar a nivel sanitario, que el concepto de clasificación como tal, no es un concepto específico pues podemos clasificar a los pacientes en función de diferentes cualidades; por ejemplo: especialidad a la que pertenece el motivo clínico de consulta a un Servicio de Urgencia, tipo de transporte de llegada a un Servicio de Urgencias, tipo de financiación de la atención (pública o privada) raza, distribución geográfica de la residencia del paciente, grado de urgencia del paciente, etc. El triaje sanitario tiene dos acepciones:

- Triage de catástrofe.
- Triage de urgencias y emergencias.

En un sentido amplio el triaje de urgencias y emergencias y el triaje de catástrofe coinciden en el principio de priorización de la asistencia en base a una cualidad, el grado de urgencia, evaluada por una escala de urgencia constituyéndose ambas en un mismo proceso, cuya aplicación vendrá marcada por el grado de adecuación entre el número de pacientes disponibles en el lugar donde se realiza.

1. Triage de catástrofe:

Sistema utilizado para establecer las prioridades de atención y/o evacuación de las víctimas en caso de catástrofe, en base a su grado de urgencia.

2. Triage de urgencias y emergencias.

Proceso de clasificación de los pacientes que acuden a un servicio de urgencias, hospitalario o extrahospitalario, de forma que sean atendidos según el grado de urgencia de su caso y , con independencia del orden de llegada, se establezcan los tiempos de espera razonables para ser visitados y tratados por el equipo médico para cada uno de ellos.

De forma extensiva, el termino triaje de urgencias y emergencias se aplica también al proceso de clasificación de paciente en función del grado de urgencias, que contactan, directa o indirectamente, con cualquier eslabón del sistema sanitario de atención a las urgencias y emergencias (Centros

de atención primaria, consultorios, centros sanitarios en ámbito rural, etc.) y especialmente al proceso de clasificación en los centros coordinadores de urgencias y emergencias (triaje telefónico), y a la adaptación de recursos de asistencia extrahospitalaria que esta clasificación implica, haciendo extensivo también a la relación que se establece entre el grado de urgencia de los pacientes, valorado por el centro coordinador o el equipo asistencial de un dispositivo de atención extrahospitalaria (o profesional sanitario que valore al paciente "in situ"), la categorización del transporte hospitalario y la adecuación de recursos hospitalarios dentro del ámbito de la asistencia extrahospitalario de las urgencias y emergencias.

Según la definición propuesta se establece que dentro de un sistema sanitario, los puntos de contacto entre el usuario o paciente y el proceso de triaje con diversos:

- Planta de hospitalización de agudos.
- Teléfono de regulación de un centro coordinador de emergencias.
- Dispositivo de asistencia extrahospitalaria.
- Centro de atención primaria o consultorio médico.
- Médico en visita domiciliaria.
- Centro de atención primaria de Enfermería.
- Enfermera en visita domiciliaria.
- Centros de pacientes crónicos o residencia socio sanitaria.
- Centros psiquiátricos.
- Otros centros de asistencia sanitaria (Dentistas, fisioterapeutas, etc.), en todos ellos se establece un vínculo común en base a un lenguaje común, el sistema de triaje.

B) El triaje en los servicios de urgencia y emergencia

Durante el siglo XIX se introdujo algún tipo de priorización en las "plantas de accidente" abiertas en los hospitales, pero no se puede hablar de una descripción sistemática del triaje en los servicios de urgencias y emergencias hasta que E. Richard Weirnerman los introdujo en Baltimore en 1964.

Durante los años 60, en los EE.UU se desarrolló un sistema clásico de clasificación en tres niveles de categorización (emergente, urgente y no urgente) , que fue superado a finales del siglo pasado por un nuevo sistema americano de cuatro categorías (Categoría I : Emergencia; Categoría II : Alto potencial de urgencia; Categoría III : Urgencia potencial; Categoría IV : No urgencia (1995)).

- Estos sistemas no han conseguido un grado de evidencia científica suficiente como para ser considerados estándares del triaje moderno.

Fue sin embargo en Australia donde se produjo el mayor esfuerzo científico en este campo, de la mano del desarrollo de la especialidad médica de urgencias y emergencias. Paralelamente al nacimiento del sistema americano de cuatro niveles, en Australia, se fue consolidando la Escala Nacional de triaje para los servicios de urgencias australianos (National Triage Escala for Australasian Emergency Departamento : NTS), que nació de la evolución de una escala previa de cinco niveles, la Escala de Ipswich.

La NTS, planteada en 1993 por el Colegio Australiano de Medicina de Emergencia, es la primera escala con ambición de universalización basada en 5 niveles de priorización. En el año 2000, la NTS fue revisada y recomendada como escala australiana de triaje (Australasian Triage Escala).

Tras la implantación de la NTS y claramente influenciadas por esta, en diferentes países se han ido desarrollando sistemas o modelos de triaje que han adaptado sus características, y que han tenido como objetivo su implantación del modelo o sistema, como modelo de triaje de urgencias universal en sus respectivos territorios. Así, podemos decir que actualmente existen 6 sistemas, escalas o modelos de triaje, incluyendo el australiano.

- a) La escala canadiense de triaje y urgencia para los servicios de urgencias (Canadian Emergency Departament Triage and Acuity Escala: CTAS). Introducida por la asociación canadiense de médicos de urgencias (CAEP) en 1995, utilizando la NTS como referencia.
- b) El sistema de triaje de Manchester (Manchester Triage Sistem: MTS) introducido por el grupo de triaje de Manchester en 1996, utilizando también la NTS como referente.
- c) En índice de severidad de urgencias de 5 niveles de triaje (Emergency Severity index 5 level triaje: ESI) desarrollado por el grupo de trabajo del ESI en los EEUU en 1999, utilizando el MTS como referente.
- d) El modelo andorrano de triaje (Model Andorrá de Triage: MAT) desarrollado por la comisión de triaje del servicio de urgencias de Nuestra Señora de Meritxell, aprobado por el servicio andorrano de atención sanitaria (SAAS) en 2000 y aceptado como estándar catalán de triaje por la Societat Catalana de Medicina d'urgència (SCMU) en 2002 y que utiliza la CTAS como referente.
- e) **El sistema español de triaje (SET)**, aceptado como estándar español de triaje por la sociedad española de medicina de urgencias y emergencias (SEMES) en 2003 y que utiliza el MAT como referente.

El SET clasifica los niveles de urgencia en:

- **Nivel I** (Resucitación): Situaciones que requieren resucitación con riesgo vital inmediato.

- **Nivel II** (Emergencia): Situaciones de emergencia o muy urgentes de riesgo vital previsible, la resolución de las cuales depende radicalmente del tiempo.
- **Nivel III** (Urgencia): Situaciones de urgencia de potencial riesgo vital.
- **Nivel IV** (menos urgente): Situaciones de menor urgencia, potencialmente complejas pero sin riesgo vital potencial.
- **Nivel V** (no urgente): Situaciones no urgentes.

C) Justificación de la utilización e implantación del triaje

El triaje es imprescindible siempre que la demanda exceda la capacidad resolutive del servicio, siendo aconsejable que se mantenga las 24 horas del día. Son precisamente los problemas de sobrecapacidad desajuste entre la oferta y la demanda que afectan actualmente a las urgencias, los que justifican de una forma definitiva la implantación del Sistema Español del Triage (SET) en dichos servicios.

En la actualidad, los Servicios de Urgencias sufren una tendencia clara a la sobrecapacidad y una falta de instrumentos para medir este fenómeno., lo cual condiciona situaciones que disminuyen en su eficacia y efectividad, con el consiguiente riesgo inherente para los pacientes.

La educación sanitaria de la población es un factor d impacto mayor en la sobrecapacidad de los servicios de urgencias, pues cada vez mas, los usuarios buscan soluciones rápidas a sus problemas de salud. La capacidad resolutive de la atención primaria de salud no siempre es la optima, y esto potencia la sobre utilización de los servicios de urgencias por usuarios con patologías teóricamente solucionables a nivel de atención primaria de salud.

La sobrecapacidad de los Servicios de Urgencias condiciona:

- Un aumento de los tiempos de espera de los usuarios para ser visitados en los servicios de urgencia.
- Un aumento del riesgo de ciertos pacientes con patologías potencialmente graves.
- Una disminución en la capacidad resolutive de los servicios de urgencias por innatación de recursos estructurales, tecnológicos y humanos al aumento progresivo de la frecuentación.
- Una mayor presión asistencial sobre el personal de los servicios.
- La disminución progresiva del nivel de satisfacción de los usuarios y del valor percibido por estos respecto a la atención recibida en los servicios de urgencia.
- Un aumento del gasto del sistema por uso inadecuado de recursos.

Es habitual en los servicios de urgencias la falta de un programa de control de calidad asistencial que permita monitorizar su actividad. También es frecuente la falta de un programa de mejora continua de la calidad que permita localizar problemas y buscar soluciones.

El nivel de informatización de los servicios de urgencias a nivel asistencial es prácticamente nulo en muchos de ellos, aunque este es un problema que se está resolviendo progresivamente.

La implantación del Sistema Español de Triage (SET) en un servicio de urgencias es una tarea que requiere un compromiso con la calidad. Es necesario establecer una dinámica de grupo dentro del servicio, que permita la implantación exitosa del sistema.

Los factores de éxito para la implantación son:

- La disponibilidad del Sistema Español de Triage (SET), un sistema de triaje estructurado fiable, relevante, útil y válido de 5 niveles de priorización, con suficiente solidez científica como para ser aplicado tanto a niños como a adultos, independientemente del tipo de hospital, o servicio de urgencias hospitalario, centro de asistencia primaria o servicio de asistencia extrahospitalaria.
- Que todo el mundo entienda que el SET ha demostrado un índice de concordancia ínter observador lo suficientemente alto como para ser aplicado con seguridad tanto por facultativos como por Enfermeras, estando dotado además de un programa informático de ayuda a la decisión, el web_e-PAT.
- La adhesión de los responsables sanitarios, gestores, facultativos y enfermeras, tanto a nivel nacional como autonómico, a las recomendaciones científicas propuestas.
- La creación de una comisión de triaje en los servicios de urgencia y emergencias.
- La implantación del programa de formación en Sistema Español de Triage (SET), un programa de formación nacional uniforme, gracias a la disponibilidad de un grupo de formadores expertos.
- La estructura física y tecnológica operativa y la dotación de personal en los servicios de urgencias y emergencias acorde con las recomendaciones propuestas.
- La presencia de un número suficiente de profesionales cualificados y formados en triaje.
- La instauración de un programa de evaluación de la calidad de la actividad del triaje, según un modelo de mejora continua de calidad.

La implantación del Sistema Español de Triage (SET) es un proceso que requiere de un análisis profundo por parte del servicio de urgencias en que se vaya a realizar. Aspectos como el circuito de entrada de pacientes, el número de salas para el triaje necesarias, la adaptación estructural de las salas, la dotación de personal necesario

para el triaje, la disponibilidad de mecanismos de descongestión de la/s sala/s de espera de pacientes, la definición del sistema de gestión de pacientes fuera y dentro del servicio, los planes de formación y formación continuada de los profesionales y los planes de información a los usuarios internos y externos del servicio son algunos de los aspectos fundamentales que se han de abordar dentro del Plan funcional de implantación del SET.

Tras la fase inicial de estudio y análisis, el proyecto ha de ser aprobado por las autoridades competentes. Una vez aprobado se ha de adaptar funcional y estructuralmente el servicio a los requerimientos del sistema de triaje. Finalmente se ha de realizar la formación del personal.

Es importante que se realice una adaptación estructural del área de recepción del servicio de urgencias, que de cabida a un área de triaje.

El área de triaje comprenderá:

- Una o varias salas o unidades de triaje completamente equipadas e informatizadas
- Una o varias salas de visita rápida
- Un área o sala de espera para los pacientes de la/s sala/s rápidas

Es fundamental establecer un circuito claro de pacientes que entren directamente en el área de tratamiento como para aquellos que queden en la sala de espera. Este circuito será monitorizado informáticamente.

Con todo, una vez implantado el SET, este se convierte en el centro de la dinámica asistencial del servicio y en motor de la mejora continua del mismo, pues:

- Mejora el pronóstico general de los pacientes atendidos en el servicio.
- Nos dice cuando se tiene que tratar un paciente y que es lo que el paciente necesita
- Es la clave de la eficiencia y efectividad clínica del servicio de urgencias.
- Tiene capacidad para predecir el destino y las necesidades de intervención y de recursos de los pacientes.

5.2. SOPORTE VITAL BÁSICO. REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. (RCP)

5.2.1. Concepto y definiciones.

5.2.1.1. Parada cardiorrespiratoria (PCR)

La parada cardiorrespiratoria define una situación caracterizada por la interrupción brusca, inesperada de la circulación y respiración espontánea, que puede ser, potencialmente reversible (siempre que no sea consecuencia de la evolución final de una enfermedad terminal o del envejecimiento biológico).

El diagnóstico de PCR es clínico, y se basa en la detección de:

- a) Inconsciencia.
- b) Apnea (ausencia de respiración espontánea)
- c) Ausencia de pulso

5.2.1.2. Reanimación cardiopulmonar (RCP)

Se define como el acto de intentar reemplazar primero y reinstaurar después la circulación y respiración espontáneas.

En los adultos, la causa más común de parada cardíaca es la cardiopatía isquémica, siendo el mecanismo mayoritario la Fibrilación Ventricular (FV) Taquicardia ventricular sin pulso (TVSP). Se estima que cada año fallecen en España entorno a 16.000 personas por Infarto Agudo de Miocardio antes de tener la posibilidad de recibir asistencia cualificada.

La existencia de una cadena de supervivencia es esencial para la atención a la parada cardíaca. Esta cadena se compone de 4 eslabones enlazados de forma secuencial, estos eslabones son:



Imagen: Cadena Supervivencia: Plan NRCP: SEMIUC

- (1) Llamada (112)
- (2) RCP
- (3) Desfibrilación
- (4) SVA (Soporte Vital Avanzado)

Las técnicas de RCP básica, desfibrilación y son sencillas y se pueden aprender mediante cursos de corta duración, manteniendo las habilidades para su aplicación con un programa formativo reglado y periódico.

La reanimación cardiopulmonar básica, son un conjunto de conocimientos y habilidades que permiten el reconocimiento de la posible parada cardíaca y/o respiratoria, alertar a los servicios de emergencia (112) e intentar sustituir las funciones circulatorias y respiratorias mediante compresiones torácicas externas e insuflación de los pulmones con el aire espirado del reanimador.

Se realiza sin equipamiento, salvo accesorios para evitar el contacto directo boca-boca o boca-nariz.

El reconocimiento de la relevante importancia que juega la desfibrilación precoz, en el tratamiento del paro cardíaco en el paciente adulto, junto con la aparición de desfibriladores automáticos y semiautomáticos, de manejo sencillo y fácil aprendizaje, esta posibilitando su ubicación en espacios públicos, así como el de formar parte de la dotación de ambulancias asistenciales en muchas zonas de Europa incluyendo España.

5.2.2. Soporte vital básico en el adulto. (SVB)

La RCP básica persigue el mantenimiento de la vía aérea permeable, la ventilación y la circulación sin el empleo de ningún material, excepto los dispositivos de protección, ni de medicación.

Un paro circulatorio que vaya más allá de los 4 minutos, sin la aplicación de medidas de Soporte Vital Básico (SVB), provocará una lesión cerebral irreversible, de ahí la necesidad de aplicar estas maniobras lo antes posible.

5.2.2.1. Secuencia de acciones para el soporte vital básico en adultos.

- Busque la seguridad del reanimador y la víctima.

Antes de realizar cualquier maniobra de reanimación, debemos procurar un entorno seguro tanto para usted (el reanimador) como para la víctima.

- Examine la víctima y vea si responde.

Nos acercaremos a la víctima y sacudiéndola suavemente por los hombros le preguntaremos si está bien.

A) SI RESPONDE O SE MUEVE:

Dejar a la víctima en la posición en la que se encontraba (siempre que no suponga un peligro) y si fuese necesario pedir ayuda, enviando a alguien o, si está solo, dejar a la víctima y buscar ayuda. Deberemos valorar su estado regularmente.

B) SI NO RESPONDE:

Pida ayuda. A no ser que pueda realizar una valoración completa en la posición en la que se encuentra. Vuelva a la víctima boca arriba y abra la vía aérea.

- Colocaremos nuestra mano sobre su frente, inclinando suavemente su cabeza hacia atrás (maniobra frente – mentón), manteniendo libres nuestros dedos pulgar e índice para taponar la nariz si fuese necesario realizar el boca a boca.
- Retire cualquier obstrucción visible de la boca de la víctima incluyendo las dentaduras postizas mal colocadas, no así las que estén bien encajadas, introduciendo uno o dos dedos en la cavidad oral. No se puede realizar una ventilación eficaz sin asegurarnos que la boca, faringe y tráquea están libres de cuerpos extraños.
- Con la punta de los dedos de nuestra otra mano colocados bajo la barbilla de la víctima, elevaremos la barbilla para abrirla vía aérea.

- EXAMINE A LA VÍCTIMA Y VEA SI RESPIRA.

Manteniendo la posición de apertura de la vía aérea (maniobra frente – mentón), mire oiga y sienta si hay respiración normal. (Ver – oír – sentir)

- Mire si se mueve el pecho.
- Escuche en la boca de la víctima en busca de sonidos respiratorios.
- Acerque su mejilla a la boca de la víctima para sentir el aire. Mire, escuche y sienta durante no más de 10 segundos para determinar si la víctima esta respirando con normalidad.

A) SI RESPIRA CON NORMALIDAD:

Ponga a la víctima en posición lateral de seguridad. Envíe a alguien a buscar ayuda, o si está solo, deje a la víctima y vaya a pedir ayuda. Compruebe que mantiene la respiración (REEVALUAR la respiración cada minuto).

B) SI NO RESPIRA, o solo realiza débiles intentos de respirar, o boquea esporádicamente, inicien RCP inmediatamente:

- Ponga a la víctima boca arriba, si ya no lo estaba.
- Compruebe otra vez la boca de la víctima en busca de cualquier obstrucción.

- Inicie masaje cardiaco y ventilación a ritmo de 30/2

- **EXAMINAR A LA VÍCTIMA EN BUSCA DE SIGNOS DE RESPIRACIÓN:**

Mire, oiga y sienta si hay una respiración normal, tos o movimiento de la víctima durante no más de 10 segundos.

Si la víctima comienza a respirar normalmente, pero continua inconsciente, póngala en la posición lateral de seguridad. No debemos dejar de atender a la víctima para, en el caso de que de nuevo dejara de respirar, volverla nuevamente boca arriba y reiniciar la respiración boca a boca.

- **SI NO HAY SIGNOS DE RESPIRACIÓN O NO ESTÁ SEGURO, COMIENCE LAS COMPRESIONES TORÁCICAS.**

Para realizar las compresiones torácicas sitúese de rodillas al lado de la víctima, que permanecerá boca arriba y sobre una superficie dura.

(Deberá ser el punto medio de la mitad inferior del esternón), apoyándola en el punto en el que la palma se una a la muñeca. Coloque la otra mano sobre la pierna con la misma posición entrelazando los dedos de ambas manos y levantándolos, para evitar ejercer presión sobre las costillas de la víctima.

Con los brazos rectos situados verticalmente sobre el pecho de la víctima, comprima el esternón utilizando su propio peso, hasta hacerlo descender unos 4 o 5 centímetros. Después, y sin perder el contacto de nuestras manos con la víctima, deje de ejercer esta presión: **30 VECES.**

Alternaremos estas compresiones con **2 INSUFLACIONES** profundas de aire boca a boca.

Repetiremos esta secuencia (**30/2**) a un ritmo aproximado de **100 VECES POR MINUTO.** Las fases de compresión/relajación deben durar aproximadamente lo mismo.

Continuaremos con la reanimación cardiopulmonar hasta que llegue ayuda especializada, la víctima hace movimientos o inhala espontáneamente, deteniéndonos solo para comprobar estos signos de que hay circulación, o se encuentre exhausto.

1. **COMPRUEBE QUE HAY RESPUESTA:** sacuda y grite.
 2. **ABRA LA VÍA AÉREA:** extienda la cabeza /levante la barbilla
 3. **COMPRUEBE LA RESPIRACIÓN:** Solo durante 10 segundos
 - A. **Mire, escuche y sienta.**
 - B. **Si respira:** posición lateral de seguridad.
 - C. **Si no respira:** Inicie RCP: 30 compresiones torácicas y alterne con 2 ventilaciones.
- Relación (30/2)**

5.2.3. Resucitación con dos reanimadores.

La actitud prioritaria, como se ha dicho hasta ahora, es la de buscar ayuda, lo que puede significar que uno de los dos reanimadores tenga que iniciar las maniobras solo, mientras que el otro se dirige hacia su teléfono u otro sistema de ayuda.

Cuando estén los dos reanimadores, es preferible que trabajen desde lados opuestos de la víctima. Se debe mantener la relación comprensiones/respiraciones de **30:2**. Al final de cada serie de 30 comprensiones el reanimador responsable de la ventilación deberá encontrarse en posición y listo para realizar las dos respiraciones.

Puede servir de ayuda que el reanimador que realiza las comprensiones cuente en voz alta.

Mantendremos en todo momento la cabeza de la víctima extendida y la barbilla levantada. Las ventilaciones deben durar unos 2 segundos cada una, durante los cuales no se realizarán comprensiones torácicas.

Si los reanimadores quieren cambiar de puesto, generalmente por que el que realiza las comprensiones acaba cansándose, el cambio se efectuará con la mayor suavidad y rapidez posible.

5.2.3.1. Posición lateral de seguridad.

Describiremos la recomendada por el grupo de trabajo de SVB y DEA de la European Resuscitation Council, aconsejando que, si debemos mantener a la víctima en esta posición lateral de seguridad más de 30 minutos, le demos la vuelta para que repose sobre el otro lado.

Si la víctima tuviese gafas, retíreselas. Arrodílese, al lado de la víctima asegurándose al lado de la víctima asegurándose de que ambas piernas estén rectas.

Colóquese el brazo que está más cerca de usted en ángulo recto respecto a su cuerpo, con el codo doblado y la palma de la mano en el punto más alto, con la palma hacia arriba.

Tome con una de sus manos el otro brazo de la víctima y crúcelo sobre su pecho, manteniendo el revés de la mano contra la mejilla de la víctima más próxima a usted.

Con su otra mano sujete la pierna más alejada de usted, justamente por encima de la rodilla y levántela manteniendo el pie de la víctima en contacto con el suelo. Realice con suavidad un movimiento de giro tirando de la pierna más alejada, hasta poner a la víctima de lado.

Coloque la pierna de encima de manera que tanto la cadera como la rodilla estén flexionadas en ángulo recto. Inclina hacia atrás la cabeza de la víctima para asegurar que la vía aérea permanece abierta. Debe comprobar la respiración con regularidad.

5.2.4. Asfixia por cuerpo extraño

Si la obstrucción de la vía aérea es solo parcial, la víctima será capaz de expulsar el cuerpo extraño tosiendo, pero si la obstrucción al paso del aire es completa quizás esto no sea posible.

Esta situación puede suceder mientras el paciente está comiendo, o en el caso de los niños por llevarse algún objeto a la boca.

Si la obstrucción es parcial, la víctima tose, se encuentra inquieta y suele llevarse la mano al cuello. Puede realizar un sonido sibilante con la respiración.

Si la obstrucción es completa, la víctima será incapaz de hablar, toser o respirar y en poco tiempo perderá el conocimiento.

a) Si la víctima respira.

Deberemos animarla a que siga tosiendo, pero no haremos nada más.

b) Si la víctima muestra signos de agotamiento o deja de respirar o toser.

La dejaremos en la misma posición en la que estaba, quitaremos cualquier cuerpo extraño de la boca o dentadura postiza suelta. Nos pondremos de pie a su lado y un poco por detrás de la víctima.

Apoyaremos nuestra mano sobre su pecho y lo inclinaremos bien hacia delante, para que cuando el cuerpo extraño se movilice salga al exterior en vez de progresar a las vías aéreas más profundas.

Daremos 5 palmadas fuertes entre las escápulas de la víctima con la parte de la palma que se une a la muñeca. Cada palmada debemos realizarla con la suficiente energía como para resolver la obstrucción por sí misma.

Si fallan las palmadas, se comenzará con las compresiones abdominales: Si la víctima está de pie o sentada, nos pondremos de pie al lado y un poco detrás de ella.

Colocaremos ambos brazos alrededor de su abdomen, asegurándonos que la víctima está bien inclinada hacia delante para evitar que el objeto que está provocando la obstrucción, con la movilización, no se desplace a zonas más profundas de la vía aérea, sino que salga por la boca.

Cerraremos el puño y lo situaremos entre el ombligo y el extremo inferior del esternón. Agarraremos el puño con la otra mano y empujaremos bruscamente hacia adentro y hacia arriba, con lo que el objeto deberá salir al exterior.

Si la obstrucción persiste, comprobaremos nuevamente la boca buscando cualquier objeto que podamos alcanzar con nuestros dedos y seguiremos alternando 5 palmadas en la espalda con 5 compresiones abdominales, hasta que la obstrucción se resuelva o la víctima quede inconsciente.

c) Si la víctima pierde el conocimiento en algún momento.

Sitúe a la víctima boca arriba sobre una superficie dura y lisa. Extiende la cabeza de la víctima e inspeccione la boca en busca de cualquier objeto visible.

Élévele la barbilla y compruebe su respiración mirando, escuchando y sintiendo. Intente dar dos respiraciones boca a boca efectivas. Si no lo consigue, empleando hasta 5 intentos, compruebe los signos de que hay circulación y comience con las compresiones torácicas y/o las respiraciones boca a boca según corresponda.

Si no ha podido conseguir respiraciones efectivas en 5 intentos, debe comenzar inmediatamente las compresiones torácicas con el fin de liberar la obstrucción y sin detenerse a buscar signos de que hay circulación.

Tras 30 compresiones deberá comprobar la boca en busca de algún objeto: vuelva a intentar la respiración boca a boca.

Continuar con ciclos de 30 compresiones seguidas por 2 intentos de respiración boca a boca. Si en algún momento puede conseguir respiraciones efectivas, busque signos de que hay circulación y continúe con las compresiones torácicas y/o respiraciones boca a boca, según corresponda.

Es vital que los reanimadores busquen ayuda lo antes posible.

Cuando hay más de un reanimador, uno debe iniciar las maniobras, en tanto que otro, tras comprobar que la víctima no respira, busca ayuda.

Si hay solo un reanimador y la causa probable de la inconsciencia es un problema respiratorio, como puede ocurrir en traumatismos, ahogamiento, asfixia, intoxicaciones por alcohol o drogas o si la víctima es un bebé o un niño, entonces deberá llevar a cabo la reanimación durante un minuto aproximadamente antes de ir a buscar ayuda.

El tratamiento de la asfixia por obstrucción en adultos seguirá la siguiente secuencia:

INCONSCIENTE

1. Abrir la vía aérea: Examine la boca

2. Compruebe la respiración: Intente ventilación

- a) Éxito** —————> Compruebe la respiración
- b) Fracaso** —————> Compresiones torácicas (SVB)

5.2.4.1. Recomendaciones para la desfibrilación externa automática.

5.2.4.2. Desfibrilación temprana

El objetivo de la desfibrilación temprana es lograr que sea posible realizar la desfibrilación a la víctima de un paro cardiorrespiratorio en los primeros 3-4 minutos de evolución de una parada cardíaca.

5.2.4.1.1. Fundamentos:

- Los trastornos del ritmo cardíaco son las causas inmediatas más frecuente de la PCR en el adulto. Uno de cada cuatro víctimas presenta una Fibrilación Ventricular (FV).
- El único tratamiento eficaz para revertir la Fibrilación Ventricular (FV). es la desfibrilación.
- La FV evoluciona en muy pocos minutos a la asistolia (ausencia de pulso cardíaco).
- La FV tiene una supervivencia 3,5 veces superior a una asistolia o una Disociación electro mecánica

5.2.5. Desfibrilador

El mecanismo de acción del desfibrilador consiste en la aplicación de una descarga eléctrica de muy corta duración, entre dos electrodos situados a ambos lados del corazón.

Para que ocurra una desfibrilación, debe pasar una suficiente cantidad de corriente eléctrica a través del corazón, lo que depende entre otras cosas de la intensidad del choque, de la interfase entre la piel y los electrodos y de la presión aplicada sobre las palas.

Tras la publicación de las recomendaciones 2000 de la European Resuscitation Council, el grupo de trabajo de Soporte Vital Básico y Desfibrilación Externa Automática, las analizó y concluyó las siguientes recomendaciones:

Valorar la conciencia:

Acérquese a la víctima y sacudiéndola suavemente por los hombros pregúnteles si se encuentra bien.

Extienda la cabeza y eleve la barbilla para abrir la vía aérea. Compruebe si respira. Si no respira, pida ayuda y consiga un DEA.

De dos respiraciones efectivas y a continuación busque signos de si hay circulación. El personal no entrenado deberá mirar, oír y sentir si hay respiración normal, tos o movimiento de la víctima sin emplear más de 10 segundos.

Si comprobamos que la víctima respira, la situaremos en la posición lateral de seguridad. Si la víctima no respira, comience RCP y compruebe los signos de que hay circulación cada minuto.

Si no hay signos de que hay respiración, conecte el DEA, coloque los electrodos y siga las instrucciones que le da el aparato.

Cerciórese de que nadie está en contacto con la víctima mientras en DEA está analizando el ritmo.

- Si el DEA recomienda el choque:

Asegúrese que de nadie esté en contacto con la víctima y pulse el botón de choque como se indica. Siga las indicaciones del aparato, repitiendo el análisis o el choque.

No compruebe la existencia de signos de circulación entre los tres primeros choques, hágalo al finalizar las 3 descargas.

Si no hubiera signos de circulación realice RCP durante 1 minuto, tras el que deberá detener las maniobras para permitir el análisis del ritmo.

Continúe con el algoritmo del DEA atendiendo a las órdenes auditivas y visuales.

Si hay signos de circulación, compruebe si hay respiración (mire, oiga y sienta), si la víctima respira póngala en posición lateral de seguridad; si la víctima no respira, inicie la ventilación y compruebe cada minuto la existencia de que hay signos de circulación.

- Si el DEA no recomienda el choque:

Busque signos de respiración, si no los hubiera realice RCP durante un minuto, tras el que deberá detener las maniobras para permitir un análisis del ritmo.

Continúe con el algoritmo del DEA atendiendo a las órdenes auditivas y visuales.

Deberemos continuar con las indicaciones que nos proporcione el DEA hasta que esté disponible el Soporte vital avanzado (112).

5.3. EL CELADOR Y LA HIGIENE Y SEGURIDAD EN LOS CENTROS DE TRABAJO

5.3.1. Seguridad e higiene en el trabajo: antecedentes normativos

Desde principios del siglo XX, los poderes estatales han intervenido tanto en la regulación de mecanismos de protección del trabajador frente a los riesgos asociados al desempeño del trabajo, como en la puesta en marcha de mecanismos de previsión social que paliaran la situación de necesidad creada por enfermedad, muerte, invalidez, vejez del trabajador.

A principios del siglo XX, se promulga en España la Ley de 30 enero 1900, concediendo a los obreros y sus familias el derecho a ser indemnizados en caso de accidente de trabajo. Esta Ley es el primer antecedente normativa en España que establece la indemnización por accidentes de trabajo sobre el principio de riesgo profesional.

La ley 30 enero 1900, tras definir accidente de trabajo como toda lesión corporal que le operario sufra con ocasión o en consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta ajena, delimita que trabajos y establecimientos dan lugar a la responsabilidad del patrono a indemnizar y la cuantía de estas por la incapacidad permanente o fallecimiento del trabajador.

Asimismo, establece que se constituirá una Junta técnica- formada por tres ingenieros y un arquitecto- con el encargo de redactar en el plazo de cuatro meses un catalogo de los mecanismos que tienen por objeto impedir los accidentes de trabajo. Este Catalogo de mecanismos de prevención es finalmente publicado en la Gaceta Oficial por Real Orden de 2 agosto 1900.

Por Real Decreto de 14 octubre 1923 se establece un régimen de subsidios encaminados a amparar la debilidad de los humildes, encargándose de su gestión al Instituto Nacional de Previsión.

Tras ratificar el estado español el Convenio de Washington (1919) por Ley de 13 julio 1922, el Gobierno promulga el Real Decreto-Ley de 22 marzo 1929, que establece el régimen obligatorio del seguro de maternidad para acabar con la practica de imponer un descanso y por lo tanto, la perdida del salario sin la indemnización correspondiente a la madre obrera, velar por la vida y la salud de esta y de sus hijos y, por consiguiente, aumentar el valor biológico de la raza.

La instauración de la II Republica (14 abril 1931) supone un gran avance en la regulación de los derechos de los trabajadores frente a los riesgos laborales. Ejemplo de ello son:

- El Decreto de 12 junio 1931- elevado a Ley de 9 septiembre 1931- que establece las bases para la aplicación de la Ley de accidentes del trabajo de 1900 en la agricultura.
- La Ley de 4 julio 1931 que establece que la indemnización por muerte o incapacidad a causa de accidente de trabajo (Ley 30 enero 1900) consista en una renta vitalicia- que será cobrada durante el resto de la vida- en vez del pago de una cantidad una sola vez. Así, se crea la Caja Nacional del Seguro de accidentes de trabajo.
- La Ley de 11 julio 1936 (escasos días antes de la insurrección militar que indicara la cuenta Guerra Civil) de Enfermedades profesionales: que, al estar originadas por el trabajo, dan derecho al obrero victima de ellas, o a sus descendientes en caso de defunción, a indemnización.

La lista incluye intoxicaciones con plomo, mercurio, fosforo, arsénico, benceno, derivados halógenos de hidrocarburos de la serie grasa, sulfuro de carbono, magnesio y gases tóxicos, así como sus derivados, compuestos, aleaciones o amalgamas.

También incluye la infección carbuncosa, el muermo, silicosis y otras enfermedades respiratorias producidas por el polvo, epitelomas de la piel, nistagmus, afecciones

oculares y dermatológicas, enfermedades infecciosas y alteraciones patológicas producidas por rayos X y otras sustancias radioactivas.

Los sucesivos gobiernos del general franco promulgan multitud de normas y disposiciones, de muy diverso rango y orientación, sobre prevención de riesgos laborales. Aunque la profusión de normas es amplia, cabe citar:

- El Reglamento de seguridad en el trabajo (Orden 31 enero 1940).
- Decreto 2414/1961, 30 noviembre, que aprueba el Reglamento de actividades molestas, insalubres, nocivas y peligrosas.
- La Ordenanza General de Seguridad e Higiene en el Trabajo (orden 09.03.71)

La Constitución (art.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 constitucional conlleva la necesidad de desarrollar una política de protección de la salud de los trabajadores mediante la prevención de los riesgos derivados de su trabajo.

El Estado español ha ido ratificando numerosos convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre esta materia; entre otros, los relativos a la seguridad y salud de los trabajadores (1981) y al medio ambiente (1977).

Pero es a partir de la integración en la Unión Europea – y la necesidad que ha implicado de acercar la política de prevención de riesgos laborales de España a las decisiones comunitarias en esta materia- cuando se extiende el uso de los términos seguridad y salud en sustitución de los de seguridad e higiene tradicionales.

Así mediante decisiones del consejo y directivas comunitarias se ha tratado de armonizar paulatinamente la legislación de los diferentes países europeos mediante la adopción de disposiciones mínimas sobre condiciones de seguridad y salud de los trabajadores.

5.3.2. Ley general de sanidad

La Ley general de sanidad regula (Art. 21 y 22) que la actuación sanitaria en el ámbito de la salud laboral comprenderá

1. Promoción de la salud integral del trabajador
2. Prevención de riesgos profesionales
3. Determinar y prevenir factores nocivos del microclima laboral
4. Vigilancia de la salud de los trabajadores para la detección precoz/ individualizar factores de riesgo para la salud

5. Elaborar mapa de riesgos laborales:

- ✓ Para ello, es obligación de las empresas declarar sustancias utilizadas en ciclo productivo
- ✓ Establecer sistemas de información sanitaria de patología profesional que permita:
 - Control epidemiológico
 - Registro morbi-mortalidad

6. Vigilar condiciones de trabajo o ambientales que puedan resultar nocivas o insalubres durante el embarazo/lactancia mujer trabajadora y acomodar su actividad laboral a un trabajo compatible

- Coordinación:
 - Autoridades laborales
 - Autoridades sanitarias
 - Órganos de salud laboral en empresas
- Participación trabajadores y empresarios
- Desarrollo actuaciones sanitarias previstas: Áreas de salud

5.3.3. Estatuto de los trabajadores

La Ley 8/1980, 10 marzo, del estatuto de los Trabajadores, derogada por el nuevo Real Decreto Legislativo 1/1995, 24 marzo, por el que se aprueba el nuevo texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, establece (arts.4 y 5) la seguridad e higiene en el trabajo como un derecho y deber de los trabajadores. Entre otros, regula

- Derechos de los trabajadores a :
 - Integridad física
 - Política adecuada en materia de seguridad e higiene en el trabajo
 - Protección eficaz durante la prestación de su jornada
 - Participar en las inspecciones y control de las medidas de seguridad e higiene
 - Por medio de sus representantes
 - Requerir al empresario por escrito
 - Para que adopte medidas de prevención

- Obligaciones de los empresarios
 - Observar las medidas de seguridad e higiene
 - Facilitar la información necesaria en materia de seguridad e higiene
 - Al contratar, al cambiar de puesto o por cambio de tecnología
 - Dentro de la jornada laboral o con descuento en ella si se desarrolla fuera del horario de trabajo

5.3.4. Desarrollo reglamentario de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales

La Ley 31/1995, de 8 noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales recogiendo el derecho constitucional de los trabajadores a la protección de su salud, establece el marco legal que garantizara este derecho.

Mediante normas reglamentarias, se establecen disposiciones mínimas de seguridad y salud, referidas a:

A continuación, se exponen parcialmente aquellos cuyo contenido esta mas relacionado con el desempeño profesional en centros hospitalarios.

5.3.5. Seguridad y salud en los lugares de trabajo

Las normas de desarrollo de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales que, entre otras, regulan las medidas de seguridad y protección en los lugares de trabajo, instauran un nuevo modelo preventivo que pretende:

- Evitar riesgos (objetivos: riesgo 0)
- Evaluar riesgos que no se puedan evitar
- Combatir riesgos en su origen
- Adaptar el trabajo a la persona
- Tener en cuenta la evolución técnica
- Sustituir lo peligroso
- Planificar la prevención

Lugar de trabajo es cualquier área del centro de trabajo en las que los trabajadores deban permanecer o a las que puedan acceder en razón de su trabajo. Se incluyen servicios higiénicos, locales de descanso, de primeros auxilios y comedores.

Se adoptaran las adecuadas medidas de protección para que la utilización de los lugares de trabajo no origine riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores o para que tales riesgos se reduzcan al mínimo:

- **Condiciones constructivas**

Deberán ofrecer seguridad frente a los riesgos de:

- Caídas al mismo nivel, a distinto nivel (hasta 2 mtrs) o en altura (más de 2 mtrs)
- Choques o golpes contra objetos
- Derrumbamientos o caídas sobre los trabajadores

- *Dimensiones*

Deberán permitir la realización del trabajo en condiciones ergonómicas aceptables

- *Suelos, aberturas, desniveles y barandillas*

- ✓ Suelos: Fijos, estables, no resbaladizos, sin irregularidades/pendientes peligrosas
- ✓ Aberturas o desniveles que supongan riesgo de caída (mas de 2 mtrs) de personas: Se protegerán mediante barandillas o sistemas de protección equivalentes

- *Tabiques, ventanas y vanos*

- ✓ Tabiques transparentes, translucidos y acristalados
- ✓ Ventanas
- ✓ Vanos de iluminación
 - Deberán estar claramente señalizados y fabricados con materiales seguros
 - Cuando estén abiertos no deberán constituir un riesgo para los trabajadores
 - Deberán poder limpiarse sin riesgo

- *Puertas y portones*

- ✓ Transparentes: Tendrán señalización a la altura de la vista
- ✓ De vaivén: Serán transparentes/tendrán partes transparentes: permitir visibilidad de zona a la que se accede

- ✓ Correderas: Tendrán sistema de seguridad que les impida salirse de los carriles y caer
- ✓ De apertura hacia arriba
- ✓ Tendrán sistema de seguridad que impida su caída mecánica
 - Tendrán dispositivos de parada de emergencia
 - Deberán poder ser abiertas de forma manual
- ✓ Que den acceso a escaleras: No se abrirán directamente sobre escalones, sino sobre descansos de anchura igual a la de estos.
- ✓ Destinados a circulación de vehículos: Deberán poder ser utilizados por peatones sin riesgos para su seguridad
- *Vías de circulación en los lugares de trabajo*
 - ✓ Anchura mínima de pasillo (110 cm) y puertas exteriores (80 cm)
 - ✓ Numero, situación, dimensiones y condiciones constructivas:
 - Permitir circulación fácil y segura de los peatones y/o vehículos potenciales
 - Características de la actividad y del lugar de trabajo
 - Trazado de las vías de circulación deberá estar claramente señalizado
- *Rampas*
 - ✓ Pavimento: materiales o elementos antideslizantes
 - ✓ Pendiente máxima según longitud
 - ✓ Deberán tener, al menos, una salida en uno de los extremos
- *Escaleras*
 - ✓ Anchura mínima (100 cm) de servicio (55 cm)
 - ✓ Peldaños: huella mínima (15 cm) y altura máxima
 - ✓ Prohibida escaleras de caracol (salvo de servicio)
- *Escalas fijas y de mano*

} Fijas

- ✓ Anchura mínima (40cm)
- ✓ Distancia máxima entre peldaños
 - De altura superior a 9 mtrs: dispondrán de protección circundante
 - De altura superior a 9 mtrs: se instalaran plataformas de descanso cada 9 metros o fracción

} De mano:

- ✓ Normas de uso:
 - Asegurar su estabilidad: asentar solidamente la base, formando aprox. Angulo 75° con la horizontal
 - Si son utilizadas para acceder a lugares elevados, sus largueros deberán prolongarse al menos 1 mtr
 - Ascenso, descenso y trabajos desde escaleras se efectuaran de frente
 - No manipular cargas de excesivo peso o dimensiones
 - No usar simultáneamente por dos o mas personas
 - Revisar periódicamente:

De madera: prohibido pintarlas, por la dificultad detección de posibles defectos

De tijera: dispondrán de elementos de seguridad que impidan su apertura al ser utilizadas

▪ *Vías y salidas de evacuación*

- ✓ Deberán permanecer expeditas
- ✓ Desembocaran lo mas directamente posible en el exterior o en zona de seguridad
- ✓ Deberán estar señalizadas: la señalización deberá fijarse en los lugares adecuados y ser duradera
- ✓ Deberán abrirse hacia al exterior
- ✓ Deben poder ser abiertas fácil e inmediateamente desde el interior sin ayuda especial
- ✓ No deberán cerrarse con llave

- **Protección contra incendios**

- *Lugares equipados con:*
 - Detectores contra incendios y sistemas de alarma
 - Dispositivos para combatir los incendios
 - de fácil acceso y manipulación
 - deberán estar señalizados

- **Iluminación**

- *Condiciones de visibilidad adecuadas*
- *Adaptada a características de la actividad y exigencias visuales para las tareas*
 - ✓ Iluminación natural complementada con iluminación artificial
 - ✓ Iluminación general complementada con iluminación localizada

- **Instalación eléctrica**

- *Evitar riesgo de incendio*
- *Protección eficaz de trabajadores contra riesgo de accidente por contactos directos o indirectos*
 - ✓ Tensión
 - ✓ Factores externos condicionantes
 - ✓ Competencia de las personas que tengan acceso a partes de la instalación

- **Eliminación de las barreras arquitectónicas (discapitados)**

- *Eliminación de las barreras arquitectónicas en:*
 - ✓ Lugares y puestos de trabajo
 - ✓ Puertas, vías de circulación y escaleras
 - ✓ Servicios higiénicos

- **Limpieza y mantenimiento**

- *Limpieza periódica: mantener en condiciones higiénicas adecuadas eliminando productos residuales que puedan originar accidentes o contaminar el ambiente de trabajo (desperdicios, manchas de grasa, residuos de sustancias peligrosas)*

- *Mantenimiento periódico: Subsánandose deficiencias que puedan afectar a la seguridad y salud de los trabajadores*
- **Condiciones ambientales tanto en los lugares de trabajo como en las de descanso (cerrados/aire libre)**
 - *Evitar:*
 - ✓ Temperaturas y humedades extremas
 - ✓ Cambios bruscos de temperatura
 - ✓ Corrientes de aire molestas
 - ✓ Olores desagradables
 - ✓ Irradiación excesiva
 - ✓ Radiación solar
- **Vestuarios y servicios higiénicos**
 - *Duchas, lavabos y retretes: dispondrán de agua potable*
 - *Vestuarios provistos de asientos y de armarios o taquillas individuales con llave*

5.3.6. Señalización de seguridad y salud en el trabajo

- **Sistema de señales que, referidas a un objetivo, actividad o situación determinadas proporcionan una indicación u obligación**
- **Tipos de señales:**
 - *Según la forma:*
 - ✓ En panel: visible mediante iluminación de suficiente intensidad
 - ✓ Color
 - ✓ Luminosa
 - ✓ Acústica
 - ✓ Comunicación verbal: mensaje predeterminado/voz humana o sintética
 - ✓ Señal gestual: movimientos/disposición de brazos/manos codificados

- *Según contenido:*
 - ✓ Informativa
 - ✓ Prohibición
 - ✓ Advertencia
 - ✓ Obligación
 - ✓ Salvamento o socorro
 - ✓ Adicional (información complementaria)

- **Objetivos:**

- *Llamar la atención sobre la existencia de riesgos, prohibiciones u obligaciones*
- *Alertar cuando se produce una situación que requiera medidas urgentes de protección o evacuación*
- *Facilitar la localización/identificación de medios/instalaciones de protección, evacuación, emergencia o primeros auxilios*
- *Orientar cuando se realicen maniobras peligrosas*

- **COLORES DE SEGURIDAD**

- *Colores a los que se ha atribuido una determinada significación*
- *Podrán formar parte de una señalización de seguridad o constituirlos por sí mismos*

- **TIPOS DE SEÑALES EN FORMA DE PANEL**

- **Características y requisitos de las señales acústicas**

- *Nivel sonoro: superior al nivel de ruido ambiental audible y no molesto*
- *Reconocible e identificable: tono, duración, intervalo y agrupación*
- *No deberán utilizarse dos señales acústicas simultáneamente*
- *El sonido de una señal de evacuación deberá ser continuo*

- **Características y requisitos de las señales luminosas**

- *Podrán ser de color uniforme o llevar un pictograma sobre un fondo*

- *Contraste luminoso apropiado respecto a su entorno*
- *Intensidad deberá asegurar su percepción, sin llegar a producir deslumbramientos*
- *No se utilizaran al mismo tiempo dos señales luminosas que puedan dar lugar a confusión*
- *No se utilizara una señal luminosa cerca de otra apenas diferente*
- *Los dispositivos para uso en caso de peligro grave deberán ir provistos de bombilla auxiliar*

5.3.7. R.D. 487/97: manipulación de cargas/ riesgos dorso lumbares

- **Definición:** cualquier operación de transporte o sujeción de una carga por parte de uno o varios trabajadores:
 - *Levantamiento*
 - *Colocación*
 - *Empuje*
 - *Tracción*
 - *Desplazamiento*
- **Carga:** cualquier cosa susceptible de ser movida
 - *Objetos, animales y plantas que pesen mas de 3 Kg*
 - *Personas (pacientes)*
 - ✓ *Peso máximo recomendado (en condiciones ideales de manipulación manual) = 25 Kg*
- **Lesiones asociadas**
 - *Fatiga física*
 - *Contusiones, cortes, heridas*
 - *Fracturas*
 - *Lesiones músculo-esqueléticas en zona dorso lumbar por sobreesfuerzo: lumbago, alteraciones de discos intervertebrales (hernias discales) o incluso fracturas vertebrales*

- **Factores de riesgo asociados**

- *Características de la carga*
- *Esfuerzo físico necesario para su manipulación*
- *Características del medio de trabajo*
- *Exigencias de la actividad*
- *Factores individuales de riesgo*

- **Reducción de riesgo**

- *Levantar la carga entre dos personas*
- *Reducir pesos de cargas manipuladas*
- *Reducir frecuencia*

- **Factores de análisis relativos al peso de la carga**

- *Tamaño y superficie de la carga a manipular*
- *Postura de manipulación:*
 - *De pie*
 - *Sentado*
- *Giros del tronco*
- *Distancia de desplazamiento*
- *Tipo de agarres*
- *Frecuencia / ritmo/ duración de cargas*

— **MÉTODO PARA LEVANTAR UNA CARGA**

- **Norma general**

Manipular las cargas del cuerpo, a una altura comprendida entre la altura de los codos y los nudillos, ya que de esta forma disminuye la tensión en la zona lumbar.

Si las cargas que se van a manipular se encuentran en el suelo o cerca del mismo, se utilizarán las técnicas de manejo de cargas que permitan utilizar los músculos de las piernas más que los de la espalda.

- **Pasos para levantar una carga**

1. Planificar el levantamiento:

- Utilizar ayudas mecánicas, si es posible
- Seguir indicaciones (embalaje) sobre posible riesgos de la carga
- Análisis carga: forma, tamaño, posible peso, zonas de agarre, posibles puntos peligrosos...
- Probar a alzar primero un lado: no siempre el tamaño de la carga ofrece una idea exacta de su peso real
- Solicitar ayuda: si el peso de la carga es excesivo o se deben adoptar posturas incómodas durante el levantamiento y no se puede resolver por medio de la utilización de ayudas mecánicas
- Tener prevista ruta de transporte y punto de destino final: retirar objetos que entorpezcan el paso
- Usar vestimenta, calzado y equipos adecuados

2. Colocación pies:

- Separar los pies para proporcionar una postura estable y equilibrada para el levantamiento, colocando un pie más adelantado que el otro en la dirección del movimiento

3. Adoptar la postura de levantamiento

- Doblar las piernas, manteniendo la espalda derecha y mentón metido
- No flexionar demasiado las rodillas
- No girar el tronco ni adoptar posturas forzadas

4. Agarre firme: Sujetarla firmemente, empleando ambas manos y pegarla al cuerpo

5. Levantamiento suave:

- Incorporarse por extensión de las piernas, manteniendo la espalda derecha
- No dar tirones a la carga, ni moverla de forma rápida o brusca

6. Evitar giros:

- No efectuar giros del tronco
- Mover los pies para colocarse en la posición adecuada

7. Mantenerla pegada al cuerpo durante todo el movimiento
8. Realizar levantamientos espaciados
 - Si el levantamiento es desde el suelo hasta una altura importante, por ejemplo la altura de los hombros o mas, apoyar la carga a medio camino para poder cambiar el agarre
9. Depositar carga

5.3.8. Trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización

● **Definiciones:**

- Pantalla de visualización: pantalla alfanumérica o grafica, independientemente del modo de representación visual utilizado
- Puesto de trabajo: constituido por equipo con pantalla de visualización, teclado o dispositivo de adquisición de datos y programa para la interconexión persona-maquina, de accesorios ofimáticos, asiento y mesa

● **Riesgos asociados**

- Vista
- Problemas físicos
- Carga mental

● **Medidas de prevención**

- Vigilancia adecuada y periódica de la salud y reconocimiento oftalmológico
- Proporcionar dispositivos correctores especiales para la protección de la vista
- Garantizar niveles de iluminación adecuados, evitando deslumbramientos y reflejos molestos

5.3.9. Utilización de protección individual

● **Definiciones:**

- 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 salud, así como cualquier complemento o accesorio destinado a tal fin

La utilización, almacenamiento, mantenimiento, limpieza, desinfección y reparación de EPI deberán efectuarse conforme a instrucciones del fabricante

- **Uso de equipos de protección individual**

- Condiciones y tiempo de uso de EPI, se determinaran según:
 - Gravedad del riesgo
 - Tiempo/ frecuencia de exposición al riesgo
 - Condiciones del puesto de trabajo
 - Riesgos adicionales derivados de utilización del equipo

- **Protección de:**

- Cabeza
- Oído
- Ojos y cara
- Vías respiratorias
- Manos y brazos
- Pies y piernas
- Piel
- Tronco y abdomen
- Cuerpo

5.4. EL CELADOR Y LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

5.4.1. Riesgos laborales en centros hospitalarios

A) Químicos

- Anestésicos gaseosos (óxido nitroso/halotano)
- Citostáticos
- Agentes esterilizantes (óxido de etileno)

B) Físicos

- Radiaciones ionizantes
- Radiaciones no ionizantes (ultravioleta, laser, radiofrecuencias, ultrasonidos)
- Ruidos (max. 25 decibelios)

C) Biológicos

- VHI-sida
- Hepatitis B y C
- Tuberculosis
- Tétanos

D) Ergonómicos

- Posturas viciosas durante el trabajo de pie/sentado
- Manipulación de cargas

E) Psicosociales

- Estrés (rotación turnos)

A) Contaminantes químicos

Los anestésicos, principalmente óxido nítrico y halotano, son depresores del sistema nervioso central, produciendo pérdida de conciencia, de sensibilidad y de la actividad refleja. Las áreas de exposición son fundamentalmente los quirófanos, paritorios y salas de despertar.

Evidentemente, la prevención de riesgos asociados pasa, si es posible, por disminuir su uso. Además se recomienda la ventilación adecuada del quirófano y uso de respirador con filtro adecuado en caso de escape de gas.

Los citostáticos son sustancias carcinógenas empleadas en terapia donde se pretende detener el desarrollo celular. Su manipulación, por tanto, conlleva un riesgo de exposición, especialmente durante las fases de preparación (regeneración), extracción del medicamento de su vial y posterior eliminación del material empleado en su administración. El personal con más riesgo de exposición lo constituye el personal de enfermería y el personal que participa en las tareas de limpieza y de recogida y tratamiento de residuos.

Las mujeres gestantes, en periodo de lactancia o con antecedentes de aborto o hijos con malformaciones y los trabajadores con antecedentes alérgicos al tratamiento con citostáticos, o que padezcan asma constituyen un grupo de especial riesgo frente a la contaminación por citostáticos.

La regeneración se efectúa por personal formado y entrenado, dotados de equipos de protección (gafas, guantes y mascarás), en cabinas de flujo laminar vertical.

El óxido de etileno es un agente esterilizante de capacidad antimicrobiana de amplio espectro. Su utilización ha ido decreciendo a medida que se incrementa el uso de material desechable y de nuevas técnicas de esterilización. El personal con mayor riesgo de exposición es el personal de enfermería, de mantenimiento y de limpieza del área de esterilización.

Su manipulación se debe realizar en recinto cerrado, aislado y con presión positiva. En caso de situación de emergencia por escape de gases, se han de utilizar equipos de protección individual: mascarar, guantes y respiradores con filtro.

B) Contaminantes físicos

- ◆ Las **radiaciones ionizantes**- producidas por aparato de radiodiagnóstico, radioisótopos y aceleradores de partículas actúan sobre las células mutándolas, impidiendo su reproducción o matándolas. Por tanto, cuanto mayor actividad celular tiene un determinado órgano es más susceptible (piel, ojos, órganos reproductores...). Evitar una exposición prolongada constituye un factor de prevención frente al cáncer.

En 1977, se define por la Comisión Internacional de Protección Radiológica el límite anual de dosis a las que pueden someterse los trabajadores profesionalmente expuestos a estas radiaciones, fijándose en 50 mSv/año. Pero, tras constatarse que los efectos de la exposición a radiaciones ionizantes se manifiestan tras un periodo de latencia y que el riesgo aumenta con la edad, este límite anual de exposición a dosis se rebaja a 20 mSv/año.

Medidas preventivas

- Instalaciones/planos de operación
 - Diseño y evaluación por expertos en protección radiológica
 - Dictamen previo y autorización del Consejo de Seguridad Nuclear
- Elaboración de manual de protección radiológica
 - Normas y protocolo de trabajo
 - Plan de emergencia
- Vigilancia de los niveles de contaminación ambientales
- Protección del operador durante la exposición:
 - Pantallas protectoras
 - Colocación del control en el exterior de la sala de exposición
- Formación continuada para operadores, supervisores y directores de instalaciones organizada por el Consejo de Seguridad Nuclear
- Medición del nivel de exposición individual
 - Historial dosímetro de control de cada trabajador expuesto
 - Cartilla radiológica individual

- Reconocimientos médicos previos y periódicos
- Material de protección: mandiles, guantes plomados...
 - Adecuados al uso destinado
 - Disponibles en cantidad suficiente
 - Mantenidos en perfecto estado
 - Permanentemente revisados
- Señalización zonas de riesgo de radiación extrema
 - Simbología: estrella o trébol
 - Uso de diferente color según nivel de radiación
 - Gris azulado: riesgo bajo/ zona vigilada
 - Verde: riesgo moderado o medio/ zona controlada
 - Amarillo: riesgo alto/zona de permanencia limitada
 - Rojo: riesgo muy alto/ zona de acceso prohibido
- ◆ **Las radiaciones no ionizantes** pueden ser:
 - Radiación ultravioleta

Producida por las lámparas germicidas, utilizadas para la esterilización de material quirúrgico, zonas de alto riesgo y conductos de aire acondicionado

Efectos: principalmente, alteraciones en piel (eritemas, manchas, cáncer) y ojos (cataratas y lesiones del cristalino).
 - Radiación laser

Frecuente en el ámbito quirúrgico (oftalmología, cirugía vascular) y terapéutico frente a tumoraciones

Efectos: similares a radiación ultravioleta
 - Radiofrecuencia y microondas

Frecuentes en Rehabilitación y Fisioterapia

Efectos: hipotermia, lesiones oculares, alteraciones del sistema nervioso, afectaciones genéticas y reproductivas,...

➤ Ultrasonidos

Frecuentes en Rehabilitación y Fisioterapia

Efectos: dolores de cabeza, vértigos, náuseas, irritabilidad,...

Medidas preventivas

➤ Relacionadas con la fuente emisora

- Diseño adecuado de la instalación
- Cabinas o cortinas de cerramiento
- Pantallas
- Señales de aviso de alarma

➤ Relacionadas con entorno de la fuente emisora

- Recubrimiento de paredes
- Señalización
- Ventilación
- Buena iluminación
- Acceso limitado

➤ Relacionadas con las personas

- Innecesaria exposición
- Vigilancia médica
- Adiestramiento del personal

➤ Ruidos: El ruido es un sonido no deseado, molesto o desagradable. En el interior de un centro hospitalario, no debería sobrepasar los 25 decibelios

C) Contaminantes biológicos

Constituyen el grupo de riesgos más comúnmente asociado a la actividad sanitaria, debido a la exposición durante esta al contacto accidental (pinchazo, cortes, contacto con heridas o mucosa infectada) con sangre o hemoderivados, excretas, saliva y otros fluidos.

La exposición accidental conlleva la probabilidad de infección de hepatitis serotipos B y C, virus de la inmunodeficiencia humana, tuberculosis, tétanos, infecciones por estafilococos y herpes simple.

5.4.2. Precauciones básicas

- Vacunación hepatitis B
- Normas de higiene personal: lavado de manos
- Uso barreras protectoras:
 - Guantes limpios (no necesariamente estériles)
 - Mascarillas y protección ocular (en casos así recomendados)
 - Batas
- Precauciones en el manejo de objetos punzantes y cortantes
- Correcta eliminación de residuos
- Limpieza, desinfección y esterilización

D) Riesgos ergonómicos

La ergonomía es la disciplina que estudia el diseño del puesto de trabajo, al objeto de lograr una buena adaptación entre este y la persona:

- Adecuar las dimensiones del puesto de trabajo
- Evaluar los esfuerzos y movimientos que requiere el individuo, la tarea que realiza
- Estudiar y evaluar el medio ambiente físico
- Estudiar los aspectos organizativos del trabajo

Se denominan posturas viciosas aquellas que, adoptadas mientras trabaja, pueden acarrear problemas de salud:

Trabajo de pie

- Características:

Sobrecarga muscular:

- piernas
- espalda
- hombros

➤ Recomendaciones:

Área de trabajo bastante amplia y debe permitir :

- Cambio de posición de pies
- Distribución del peso de las cargas

Trabajo sentado

➤ Características:

Más cómodo y ergonómica

Posibilita mantener el tronco derecho y erguido frente al plano de trabajo

➤ Recomendaciones:

Mantener el puesto de trabajo lo más cerca posible de la persona

E) Riesgos sociales

Se acepta la definición de estrés como falta de equilibrio entre las demandas ambientales y la capacidad del individuo para hacer frente a las mismas y por tanto la percepción individual de falta de recursos ante las demandas ambientales.

Los principales componentes del proceso del estrés son:

- Los estertores (factores de riesgo) que pueden estar relacionados con:
 - El contenido del trabajo y su frecuencia (tareas repetitivas, monótonas, etc.)
 - La organización del trabajo:
 - Tiempos insuficientes para su realización
 - Insuficiencia de personal
 - Exceso de horas trabajadas
 - Inadecuado material o equipo
 - Mala redistribución del personal (vacaciones, bajas por enfermedad, etc.)
 - La responsabilidad sobre personas y / o valores materiales
 - La ambigüedad de funciones: el trabajador no tiene bien definida su tarea
 - Mal clima laboral
 - Contacto con enfermos (sufrimiento y a veces muerte)
 - Horarios de trabajo irregulares

- Las condiciones físicas del entorno en que se desarrolla el trabajo: ruidos, radiaciones, materiales tóxicos, etc.
- La violencia

5.5. EL CELADOR ANTE SITUACIONES DE EMERGENCIA

5.5.1. Introducción

En emergencias pueden darse multitud de situaciones, en nuestro caso, nos vamos a centrar en describir 3 actuaciones de emergencia:

1. Parada Cardiorrespiratoria.
2. Politraumatismos.
3. Quemados.

5.5.2. Parada cardiorrespiratoria:

¿Como se valora la existencia de una P.C.R.?

- Atención a los movimientos respiratorios, es posible que el enfermo no los realice.
- Valorar si existe o no expulsión de aire por la boca. Ante una PCR hay que tener un concepto muy claro: **Si esta se produce y no se comienza una reanimación adecuada, por encima de 4 minutos puede existir muerte cerebral por una falta de aporte de O2 a las células nerviosas.**

Esta situación vamos a estudiarla en 3 áreas:

- **Urgencia**
- **Sala**
- **Traslado**
- **Urgencias**

Aquí no existe problema pues al existir un sistema de aviso para enfermos críticos, con esta forma de alarma la presencia de personal cualificado va a ser prácticamente inmediata.

➤ **Sala**

Si se detecta una PCR, lo primero es la voz de alarma para el personal de planta. Este acudirá con urgencia y traerá la caja de PCR, y una tabla.

Actuación: son necesarias 2 personas. Una realizara la ventilación y la otra el masaje cardiaco.

- Ventilación: con ventilador manual y mascarilla
- Masaje cardiaco: se debe realizar una presión en la zona esternal de unos 40 Kg de presión. Para que sea efectiva debe producirse una presión de 4-6 cms.
- Así lo que se consigue es comprimir el corazón entre ele esternón y la columna. Se debe realizar sobre un plano duro.

La relación de uno a otro es de 30 a 2. Se realizan 30 masajes cardiacos y 2 respiraciones/insuflaciones.

➤ **Traslado**

Si la PCR se produjera durante un traslado, pueden existir 2 opciones:

1. Que se encuentre personal cualificado cerca, y siempre que esto pueda ser, seria la mejor solución.
2. Si esto no es posible y se tiene que empezar las maniobras de reanimación en ese lugar, se realizara como ya hemos descrito anteriormente.

5.5.3. Politraumatismos

- Aparato locomotor:

a) Traumatismos de columna.

No se realizara la movilización hasta que no sea explorado el paciente por un facultativo, existe riesgo de paraplejia.

Especial atención a la columna vertebral (puede producir muerte por una parada respiratoria).

En la movilización el número adecuado de personas es de 4.

Para trasladar al enfermo este debe estar en decúbito supino (boca arriba), atendiendo a que no exista ninguna flexión o extensión en cualquier zona de la columna.

Una de las personas que ayuda al traslado debe estar traccionando la cabeza para tener el cuello hiperextendido, a ser posible que esto lo haga un facultativo, que es el que verdaderamente puede responsabilizarse de esta acción.

b) Fracturas abiertas.

Cubrir la zona afectada o el miembro con compresas estériles. Existen movilizaciones innecesarias y por supuesto no tocar nunca la herida producida por la fractura. Si existe una gran fractura externa realizar torniquete.

c) Fracturas cerradas.

Se realizara una inmovilización de la zona o miembro.

d) Viscerales:

- Heridas por arma blanca.

Si la herida es en tórax, se debe taponar el orificio de entrada impidiendo así el paso de aire a la cavidad pleural.

Si trajese el arma blanca aun, se le debería inmovilizar y nunca quitarle el arma del lugar en que la traiga insertada.

- Heridas por arma de fuego

Taponamiento con compresas estériles. Atención a las hemorragias.

- Traumatismos abdominales

Si existiese una hemorragia y el enfermo sangra por la boca, tener en cuenta que hay que colocarlo con la cabeza mas baja que los pies (tredelenburg), consiguiendo así 2 cosas:

1. Que haya una mayor irrigación cerebral.
2. Evitar una posible aspiración bronquial (paso de esta sangre a los pulmones).

5.5.4. Quemados

Se seguirán estas pautas:

- Se le debe preguntar al enfermo como se le ha producido la quemadura.
- No intentar quitarle la ropa.
- Envolverlo en sábanas estériles y empaparlo con suero salino tanto como haga falta.
- Transportarlo a la unidad de quemados.

BLOQUE GENERALIDADES

UNIDAD DIDÁCTICA 1: TRANSPORTE Y MANEJO DE CARGAS

Autores:

María José Fernández Cabrera

Antonio Benítez Leiva

Pilar Cuevas Matas

- 1.1. TRANSPORTE Y MANEJO DE CARGAS
 - 1.1.1. ERGONOMÍA Y MECÁNICA CORPORAL
 - 1.1.2. POSICIONES ANATÓMICAS BÁSICAS
 - 1.1.3. TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN
 - 1.1.4. MOVILIZACIÓN Y TRASLADO DE PACIENTES: EN CAMA, CAMILLA, SILLA DE RUEDAS
 - 1.1.5. EL TRANSPORTE DEL PACIENTE EN AMBULANCIA
- 1.2. HABILIDADES PARA LA COMUNICACIÓN
 - 1.2.1. INTRODUCCIÓN
 - 1.2.2. ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN
 - 1.2.3. TIPOS DE COMUNICACIÓN
 - 1.2.4. ASPECTOS QUE MEJORAN LA COMUNICACIÓN
 - 1.2.5. LA EMPATÍA
- 1.3. LOS ESTILOS DE COMUNICACIÓN
 - 1.3.1. LOS ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN Y LAS BARRERAS
 - 1.3.2. FENÓMENOS PSICOLÓGICOS Y EMOTIVOS QUE DISTORSIONAN LA COMUNICACIÓN.
 - 1.3.3. FENÓMENOS FÓRMULAS PARA VENCER LAS BARRERAS
 - 1.3.4. COMUNICACIÓN NO VERBAL - POSTURAS Y GESTOS
 - 1.3.5. LA CONVERSACIÓN Y SUS ELEMENTOS.
 - 1.3.6. MENSAJES QUE FACILITAN Y OBSTRUYEN EL DIÁLOGO
 - 1.3.7. LA ARGUMENTACIÓN
 - 1.3.8. REUNIONES
 - 1.3.9. DISTINTOS ESTILOS DE COMUNICACIÓN
- 1.4. EL ESTRÉS
 - 1.4.1. ANSIEDAD Y ESTRÉS
 - 1.4.2. DISTINTOS ENFOQUES EN EL ESTUDIO DEL ESTRÉS
 - 1.4.3. ESTRÉS LABORAL
 - 1.4.4. NORMAS BÁSICAS PARA LA PREVENCIÓN DE PROBLEMAS DE ANSIEDAD Y ESTRÉS

1.1. TRANSPORTE Y MANEJO DE CARGAS

1.1.1. Ergonomía y mecánica corporal

La ergonomía se define como la disciplina científica dedicada al estudio y análisis del trabajo humano, especialmente bajo la influencia de la anatomía, fisiología y otros factores humanos del individuo.

El objetivo de la ergonomía es adaptar el trabajo a las capacidades y posibilidades del ser humano.

Todos los elementos del trabajo ergonómico se diseñan teniendo en cuenta quiénes van a utilizarlos.

Hoy en día, se demanda la calidad de vida laboral. Este concepto se puede definir como el conjunto de condiciones de trabajo que no dañan la salud y que además, ofrecen medios para el desarrollo personal, es decir, mayor contenido en las tareas, participación en las decisiones, mayor autonomía, etc.

Los principales objetivos de la ergonomía son los siguientes:

- Identificar, analizar y reducir los riesgos laborales.
- Adaptar el puesto de trabajo y las condiciones de trabajo a las características del trabajador.

Contribuir a la evolución de las condiciones del trabajo, tanto a las condiciones materiales como a los aspectos socio-organizativos, para que de ese modo se realice el trabajo salvaguardando la salud y seguridad del trabajador.

- Controlar la introducción de las nuevas tecnologías en el trabajo adaptado a las cualidades del trabajador.
- Establecer prescripciones ergonómicas.
- Aumentar la motivación y satisfacción en el trabajo.

Y como mecánica corporal entendemos el campo de la fisiología, que estudia las acciones musculares y la función de los músculos para mantener la postura del cuerpo.

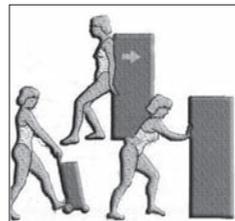
Por todo ello, tenemos que tener en cuenta que como consecuencia de la actividad laboral, son muchas las posturas que adoptan los trabajadores que pueden lesionar alguna estructura orgánica con el paso del tiempo. Debido a eso, debemos corregir y trabajar el diseño del mobiliario y de otros materiales para evitar dichas lesiones.

Dentro del ámbito sanitario, con una adecuada mecánica corporal lograremos la prevención de lesiones tanto para el paciente como para el profesional sanitario, aumentaremos el bienestar físico de ambos y reduciremos el esfuerzo.

La prevención por medio de la mecánica corporal ayuda a evitar éste tipo de lesiones, por ello debemos seguir ciertas normas:



- Adaptar el área en que se realizará la actividad, retirando los objetos que entorpezcan (barandillas, almohadas, etc.) y colocando la cama, camilla o silla en la posición adecuada.
- Aumentar la estabilidad corporal, ampliando la base de sustentación (separar los pies aproximadamente unos 30 cm, colocándolos lo más cerca posible al objeto o persona que se vaya a movilizar. Uno de los pies tendrá que estar ligeramente adelantado al otro.
- Agacharse descendiendo el centro de gravedad con la espalda recta y las piernas ligeramente flexionadas.
- Utilizar preferentemente los músculos de las piernas a los de la espalda y al ser posible los dos miembros superiores.
- Sujetar o trasladar a un objeto manteniéndolo lo más próximo al cuerpo, con el peso equilibrado sobre los pies.
- Si el objeto se encontrara en el suelo, se flexionarán las piernas.
- Cuando movilizemos un peso, no se girará el cuerpo, se deberá mover los pies. Ya que el cuerpo debe mantener un alineamiento adecuada mientras hace un esfuerzo.
- Si se puede deslizar o empujar, se realizaría de ese modo ya que requiere menos esfuerzo que levantar.



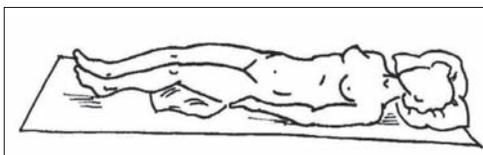
1.1.2. Posiciones Anatómicas Básicas

Concepto:

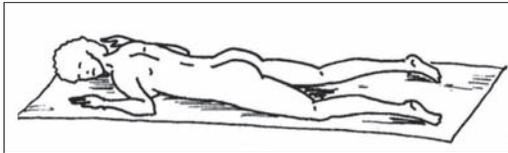
La posición anatómica es aquella en que el paciente puede tomar ya sea en la cama, camilla o silla de ruedas, normalmente es la posición en la que el paciente se queda de pie situado frente al observador, mirando al infinito con los miembros inferiores juntos, los superiores pegados al cuerpo y con las palmas de las manos hacia delante.

Tipos de posiciones anatómicas básicas:

1. Decúbito supino o dorsal: la persona se encuentra tumbada sobre su espalda, con las piernas juntas y extendidas, y sus brazos junto al tronco y extendidos.



2. Decúbito prono o ventral: la persona se encuentra tumbada sobre el abdomen, la cabeza lateralizada, las piernas juntas y extendidas y los brazos extendidos junto al tronco.

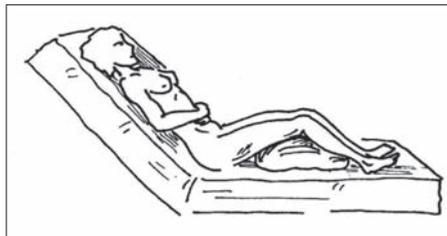


3. Decúbito lateral: la persona se encuentra tumbada sobre su lado derecho o izquierdo, según prefiera o pueda la persona, y las extremidades se encuentran extendidas.

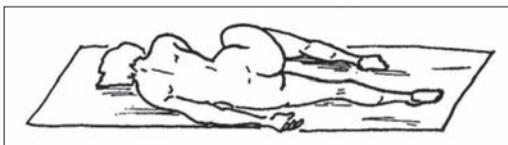
4. Posición de Fowler: posición de la persona semisentada, con el cabecero elevado 45° y las rodillas ligeramente flexionadas.

Dentro de ésta posición también podemos optar por alguna variabilidad como:

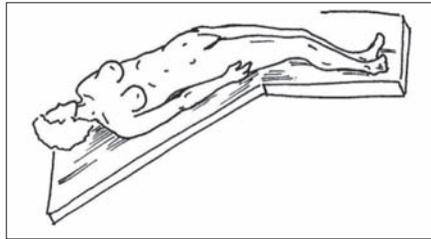
- Posición semiFowler: cuando el cabecero se eleva 30°.
- Posición Fowler completa: cuando el cabecero adopta 90° de inclinación.



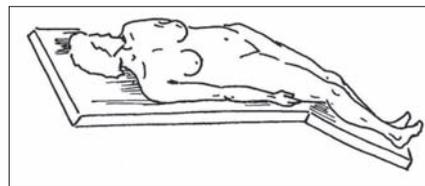
5. Posición de Sims o semiprona: la persona se encuentra tumbada lateralmente, mientras sus piernas una permanece extendidas. El brazo que apoya sobre la superficie sobre la que está tumbada hacia atrás y el otro flexionando el codo, la cadera y la rodilla de la pierna sobre la que no se encuentra apoyada están flexionadas hacia delante y la cabeza lateralizada.



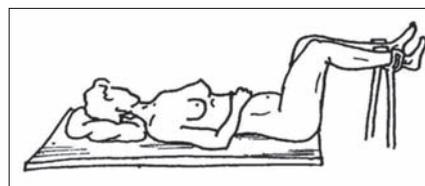
6. Posición de Trendelenburg: la persona se encuentra tumbada en decúbito supino, la superficie sobre la que está tumbada se encuentra inclinada 45° permaneciendo los pies más altos que la cabeza del suelo.



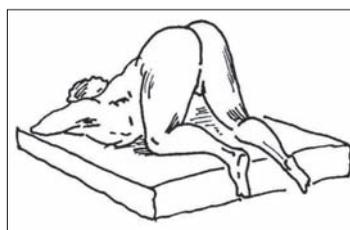
7. Posición antitrendelenburg o Morestin: la persona se encuentra tumbada con una inclinación de 45° permaneciendo la cabeza más alta que los pies.



8. Posición ginecológica o litotomía: la persona se encuentra sentada en la cama, con las piernas colocadas sobre unos estribos manteniéndolas flexionadas y abiertas, es la posición de parto o para exploraciones ginecológicas.



9. Posición genupectoral o mahometana: la persona se encuentra tumbada boca abajo apoyada sobre las rodillas y el pecho, el tronco inclinado hacia delante, brazos cruzados y la cabeza apoyada sobre ellos.



1.1.3. TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN

La movilización consiste en la aplicación de un programa de ejercicios encaminados a conseguir restablecimiento de las funciones disminuidas por la enfermedad.

El ejercicio favorece la circulación, el aporte de oxígenos y nutrientes a los tejidos disminuyendo de ese modo la probabilidad de aparición de la UPP, facilita la eliminación intestinal, etc.

Las movilizaciones de pacientes dependen fundamentalmente del grado de dependencia que tenga dicho paciente, por ello lo vamos a clasificar en:

- **Movilizaciones activas.**
- **Movilizaciones pasivas.**

Activas: dichas movilizaciones son realizadas por el propio paciente bajo la supervisión del profesional sanitario.

En dichas movilizaciones se mueven tanto los músculos como las articulaciones del cuerpo que nos interesen. Se puede realizar por sí sólo, con ayuda o con contra resistencia como manos, poleas, etc.

Pasivas: las movilizaciones pasivas son aplicables a pacientes que reúnen una o varias de éstas características:

- Deterioro de las funciones psíquicas que hace muy difícil o imposible la interpretación y ejecución de órdenes.
- Postración en cama o silla debido a embolia, trombosis, ictus, etc. Que imposibilitan la inmundad autónoma.
- Presencia de trastornos motores en partes concretas del cuerpo, sólo movilizaremos pasivamente la parte afectada.
- Y enfermedades en las que está contraindicado el ejercicio físico como en insuficiencias cardíacas o respiratorias.

A la hora de realizar una movilización pasiva de un paciente en cama tendremos que desarrollarla del siguiente modo:

- Mantener los pies separados a la altura de los hombros, las piernas semiflexionadas y la cama a la altura adecuada, así evitaremos flexiones de espalda.
- Separaremos la cama de la pared para poder acceder sin problemas.
- Primero movilizar articulaciones proximales (cuello, hombros, codos, caderas y rodillas) y después articulaciones distales (muñecas, tobillos y dedos).

- Los movimientos se realizan de forma uniforme y suave. De ese modo los músculos, tendones y ligamentos irán ganando elasticidad y aumentando la amplitud articular.
- Es importante que dicha movilización nunca provoque dolor al paciente.
- Le iremos contando al paciente las movilizaciones que vamos a ir realizando, primero haremos un ejercicio en el lado derecho e izquierdo y posteriormente otro, nunca movilizar todo el lado derecho y posteriormente todo el lado izquierdo.
- Y no movilizaremos nunca una parte afectada del cuerpo, ya sea por un esguince, traumatismo, etc.

1.1.4. MOVILIZACIÓN Y TRASLADO DE PACIENTES: EN CAMA, CAMILLA, SILLA DE RUEDAS

La mayoría de las personas que acuden a los centros hospitalarios o las que se encuentran ingresadas en los mismos, suelen tener disminuidas las capacidades físicas, por lo que no pueden moverse por ellas mismas, y necesitan de la ayuda de los profesionales sanitarios para realizar los movimientos imprescindibles.

Cuando hablamos de movilización de un enfermo nos referimos tanto a moverlo (poner en acción o en movimiento) en la cama, como de la cama al sillón, camilla y viceversa o transportarlo a otros lugares del hospital.

Dependiendo del estado del paciente, el movimiento se efectuará de una u otra forma pero atendiendo a las necesidades del mismo durante el procedimiento, haciéndoselo, para su tranquilidad e integridad, lo más cómodo y seguro posible. Así mismo, debemos conocer su estado a fin de preparar el equipo necesario para cada situación.

Antes de iniciar la movilización de algún paciente tenemos que tener varias cosas en cuenta:

- El grado de dependencia de dicho paciente, para saber si puede colaborar o no.
- Su estado de salud, peso y talla.
- La presencia de catéter, sondas, drenajes, sueros...Es importante tenerlos presente para no ocasionar ninguna pérdida de algunos de ellos, que comprometerían la salud del paciente.
- Estado emocional y mental, por si fuera necesaria la compañía de algún familiar o persona conocida.
- Y deberemos de conservar en todo momento la intimidad de dicho paciente.

Y cuando nos referimos a traslado nos referimos a la acción y efecto de mover a otro lugar. Siempre que la situación lo requiera, trasladaremos al paciente en la propia cama, camilla o silla de ruedas, teniendo en cuenta una serie de consideraciones:

- El paciente deberá estar bien sujeto para evitar caídas en su desplazamiento.
- Aunque el paciente irá bien cubierto, se evitarán situaciones donde existan corrientes de aire así como lugares donde el paciente pueda sentirse incómodo.
- Como norma general, se empujará la cama o camilla desde la cabecera de la misma, de manera que los pies del paciente sean los que vayan abriendo camino. Así mismo, la silla de ruedas se empujará desde la parte de atrás de la misma, caminando hacia delante, agarrándola por las empuñaduras. Salvo:
 - **Rampas:** si trasladamos al paciente en una cama o camilla, nos situaremos en la parte inferior caminando hacia atrás, de tal forma que el paciente mire hacia nosotros. Si va en silla de ruedas, también andando de espaldas, pero con el paciente mirando en la misma dirección que nosotros.
 - **Ascensor:** Para entrar, abriremos la puerta e introduciremos la camilla por la cabecera, es decir entrando primero el celador tirando de la camilla. Para salir, abriremos la puerta del ascensor y nos colocaremos a los pies de la cama o camilla, tirando hacia nosotros para sacarla del ascensor (si fuera posible, se dará la vuelta a la camilla en el ascensor de manera que salga primero la cabecera) evitando al enfermo golpes de cualquier clase. La entrada y salida del ascensor en silla de ruedas, la efectuaremos también de espaldas, entrando primero nosotros y tirando de la silla hacia atrás, una vez dentro le daremos la vuelta y saldremos nuevamente de espaldas.

Tanto para la movilización como para el traslado siempre se informará al paciente del procedimiento a seguir, pidiendo su colaboración.

Se preservará su intimidad, manteniéndolo cubierto y utilizando si fuera necesario biombos.

Se vigilará, durante el procedimiento, que no se produzcan desconexiones o acodamientos en los drenajes, sondas, etc. Que se mantendrán a la vista. Se sujetará o pinzarán colocándolos sobre el paciente.

Antes y después del procedimiento, nos lavaremos las manos y usaremos guantes durante el mismo.

1.1.4.1. Cambios posturales

Los cambios frecuentes de postura en pacientes encamados tienen como finalidad:

- Evitar la aparición de isquemia en los llamados puntos de presión, debido a la acción de la gravedad y al propio peso.
- Evitar que la ropa que cubre la cama roce la piel y llegue a producir lesiones.
- Prevenir la aparición de úlceras por presión.
- Proporcionar comodidad al paciente.

Para ello el celador debe cuidar que:

- Las sábanas estén limpias, secas y bien estiradas.
- Las zonas de mayor presión corporal estén protegidas.
- Las piernas estén bien estiradas y los pies formen ángulo recto con el plano de la cama.

Para realizar los cambios posturales se necesitan:

- Almohadas y cojines.
- Férulas.
- Ropa limpia para cubrir la cama.
- Protectores de protuberancia si fueran necesarios.

1.1.4.2. Úlceras por presión (UPP)

Es un problema común en el cuidado de los pacientes encamados o con movilidad reducida, dando lugar a necrosis, y es importantísimo tenerlo en cuenta, ya que el 95% de las úlceras por presión son evitables.

Se produce en tejidos blandos sometidos a compresión entre las prominencias óseas del propio paciente y una superficie externa, lo que da lugar a aplastamiento tisular, el cuál puede ocluir el flujo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia, y en el caso de persistir durante un prolongado periodo de tiempo, necrosis.

Las zonas de localización más frecuentes son la región sacra, los talones, las tuberosidades isquiáticas (protuberancia redondeada de la parte inferior del isquion. Forma la región ósea sobre la que descansa el cuerpo humano cuando está en posición sentada) y las caderas.

Para prevenirlas llevaremos a cabo las siguientes actividades:

- Cambios posturales frecuentes; cada dos horas si está tumbado y cada hora si está sentado. No arrastrar la piel por las sábanas al reposicionar o elevar al paciente. Use dispositivos de ayuda como trapecios, alzamientos con entremetidas u otras alternativas.
- Cuidados para disminuir la humedad; la incontinencia duplica el riesgo de aparición de UPP pudiendo provocar edemas y maceraciones. Mantener la ropa del paciente limpia, seca y sin arrugas.
- Prevenir la fricción y el corte.
- Estimular la actividad y el movimiento del paciente.

- Las superficies de alivio de la presión, como apósitos de espuma de poliuretano en los tobillos, apósitos hidrocelulares no adhesivos para talones, zona nasal, alrededor de sondas, gafas de oxígeno, etc. Así como colchones de espuma de alta especificación o colchón de aire alternante, disminuyen la incidencia de aparición de UPP.
- Si el paciente tiene la piel muy seca, la lubricaremos con ácidos grasos hiperoxigenados(tipo corpitol o mepental), con masaje suave en zonas de riesgo.

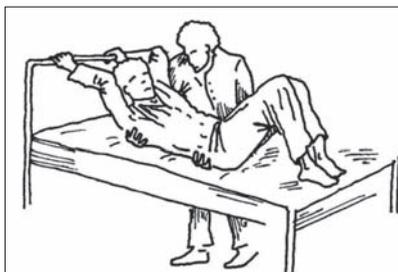
1.1.4.3. Movilización del paciente encamado

Para movilizar a un paciente encamado debemos tener en cuenta su estado y conocer si puede colaborar con nosotros o no:

➤ **Paciente colaborador.**

En este caso la movilización la puede realizar una sola persona, pero deberá:

- Lavarse las manos y usar guantes.
- Explicar el procedimiento al paciente.
- Retirar la/las almohadas y colocar la cama en horizontal.
- Colocarse junto a la cama del enfermo, frente a él y a la altura de su cadera.
- Explicarle al enfermo que se agarre al cabecero de la cama, flexionando las rodillas y apoyando los pies sobre la superficie de la cama.
- Colocar un brazo por debajo de la espalda del paciente y el otro en la región glútea.
- Pedir al paciente que empuje con sus talones y tire con sus manos al mismo que tiempo que le ayuda a moverse hacia el cabecero.
- Si el paciente se encuentra bastante ágil, este movimiento lo podrá realizar solo.



➤ **Paciente no colaborador.**

Se realizarán los movimientos entre dos personas, teniendo en cuenta:

- Lavarse las manos y colocarse los guantes.
- Explicar el procedimiento al paciente y a la persona que nos va a ayudar.
- Frenar la cama y colocar la cabecera en posición horizontal, retirando la almohada.
- Situarse cada persona a un lado de la cama, flexionando ligeramente la pierna más próxima a los pies del enfermo y estirando la más pegada al cabecero.
- Un profesional introduce los brazos por debajo del cuello y el sacro y el otro, por debajo de los hombros y glúteos del paciente. De este modo se sujeta al paciente y se levanta con cuidado hasta llevarlo a la posición deseada.
- Otra alternativa para realizar el movimiento será utilizar una sábana doblada por la mitad, colocada en la zona media del cuerpo para que, sujeta por los dos extremos, los profesionales puedan elevar al paciente y trasladarlo hacia la posición deseada. De ese modo se evitarán fricciones y sacudidas repentinas.

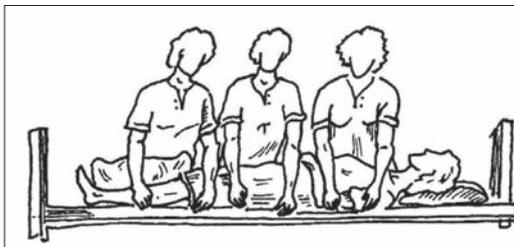


1.1.4.4. Movilización del paciente hacia un lateral de la cama.

Es más seguro que sean dos personas las que colaboren en la movilización del paciente, lo realizaremos del siguiente modo:

- Lavarse las manos y ponerse guantes.
- Explicar el movimiento al paciente.
- Frenaremos la cama y la colocaremos en posición horizontal retirando la almohada y destapando al paciente, siempre teniendo en cuenta su intimidad.
- Uno de los profesionales sujetará al paciente de los hombros y de la región dorso lumbar y el otro colocará sus brazos a nivel de la pelvis y la rodilla del enfermo.

- Y de modo simultáneo se desplazará lateralmente al paciente, hasta que se coloque en la posición adecuada.
- Una vez colocado, dejaremos al paciente tapado con su sábana.



1.1.4.5. Movilización del paciente de cama a camilla

La movilización va a depender del grado de movilidad del paciente por un lado, y del número de personas que intervengan en la operación por otro.

Podemos, por tanto, encontrarnos dos tipos de pacientes: colaborador y no colaborador.

➤ **Paciente colaborador.**

- Se situará la camilla paralela a la cama, sin dejar ningún espacio entre ambas. Una vez situadas, las frenaremos.
- Se le explicará al paciente el procedimiento, pidiéndole que se deslice poco a poco hacia la camilla sin que sea necesario que se levante, mientras sujetamos la sábana bajera de la cama para evitar que se deslice mientras el paciente se mueve.
- Ya en la camilla, taparemos al paciente para preservar su intimidad durante el traslado.
- Cuando el paciente se encuentre acomodado en la camilla, antes de marcharnos, arreglaremos la cama.

➤ **Paciente no colaborador.**

Dependiendo del número de personas implicadas en la maniobra, y del grado de dependencia del paciente, actuaremos de distinta manera:

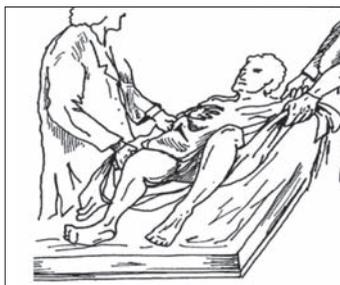
— *Traslado en bloque: se realizará con dos o tres sanitario.*

- Colocar la camilla perpendicularmente a la cama en uno de sus extremos y frenarlas.

- Si se realizara entre tres personas, se colocarán del mismo lado de la cama. El primero se colocará junto a tórax del paciente, sujetándole con un brazo bajo el cuello y los hombros y con el otro bajo la cintura. El segundo colocará sus brazos bajo la cintura y bajo los glúteos, mientras que el tercero, sujetará al paciente bajo los muslos y pantorrillas.
- Se colocarán los brazos del paciente sobre su propio pecho para evitar molestias y lesiones.
- Todos los profesionales mantendrán la misma pierna adelantada y flexionada y la espalda recta.
- Los profesionales elevarán al paciente atrayéndolo hacia sí, colocándose en la flexura de los codos.
- Posteriormente, en bloque se irá avanzando hacia la camilla manteniendo en todo momento la alineación del paciente que se colocará con suavidad en la camilla y se tapaná.

— *Traslado con ayuda de sábanas.*

- Colocar una sábana debajo del paciente, utilizando la misma técnica que se utilizaría para hacer la cama, trasladándola hacia la derecha mientras que un profesional va introduciendo la sábana por la izquierda y viceversa.
- Una vez ya está puesta la sábana, colocamos al paciente decúbito supino.
- Situaremos la camilla al lado de la cama y las frenaremos.
- Una persona se colocará en un lado de la cama y la otra enfrente, al otro lado de la camilla.
- Todos a la vez levantarán lentamente la sábana, trasladando al paciente a la camilla.
- Retirar la sábana de arrastre y acomodar al paciente.



— *Tabla deslizante.*

- Colocaremos al paciente en decúbito supino manteniendo la alineación corporal.
- Se situará la camilla en un lateral de la cama con la tabla deslizante encima.
- Un profesional se colocará a un lado de la cama, y pasando los brazos por encima del paciente lo levantará ligeramente tirando de la sábana, mientras que el otro profesional, al otro lado de la cama, colocará la tabla deslizante.
- La tabla deslizante abarcará desde los hombros hasta las piernas.
- Posteriormente cada profesional coge un extremo de la sábana tirando de esta hacia sí y deslizando al paciente sobre la tabla hasta atraerlo a la camilla.
- Por último, se pasan los brazos por encima del paciente elevándolo para retirar la tabla.

Para realizar la misma operación pero en sentido inverso, el celador profesional actuará dependiendo del grado de movilidad del paciente:

Si el paciente puede hacerlo por sí mismo, el celador simplemente estará a su lado para facilitarle la maniobra.

En caso de que no tenga movilidad, o sea reducida, si sólo hay un profesional, éste colocará la camilla al lado de la cama y se situará en el lado de la cama sin camilla. Sujetará la sábana y tirará de la misma hacia sí, deslizando al paciente hacia la cama.

Si hubiera dos profesionales, uno se colocará en la cabecera de la cama sujetando al paciente por el cuello y los hombros, mientras el otro se colocará en el otro lado de la cama para tirar de la sábana y deslizar al paciente hacia la cama.

1.1.4.6. Traslado del paciente de la cama a silla de ruedas o sillón

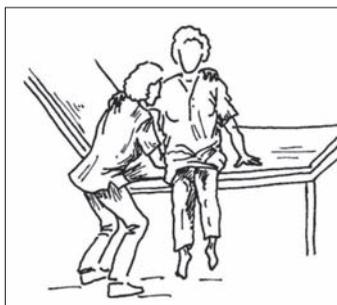
➤ **Paciente colaborador**

Se levantará con la ayuda de una sola persona que será el celador, supervisado por la enfermera para evitar desconexiones de sondas, drenajes, sueros, etc.

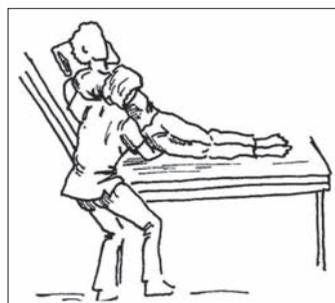
➤ **Paciente no colaborador**

El traslado se realizará con la ayuda de dos personas, del siguiente modo:

- Explicar el procedimiento al paciente, pidiéndole que colabore en medida de lo que pueda.



- Lavarse las manos y colocarse los guantes.
- Revisar los drenajes, sondas y apósitos que tenga el paciente.
- El celador colocará al paciente en decúbito supino y pondrá el cabecero de la cama a 30°.
- Posteriormente colocará la silla a la cabecera de la cama.
- El celador se colocará en un lateral de la cama y colocará la paciente en decúbito lateral mirando hacia él.
- Mientras el profesional mantendrá los pies separados, con el que está más próximo al cabecero de la cama estará flexionado.
- Una vez que el paciente está en decúbito lateral, el celador pasará un brazo alrededor del cuello y el hombro y el otro brazo lo colocará bajo las rodillas del paciente, en el hueco poplíteo.
- Después tira de las piernas del paciente hacia fuera de la cama, y lentamente levantará al paciente por los hombros hasta colocarlo sentado en la cama.



- En este momento la enfermera le comentará al paciente que tiene que permanecer sentado en la cama durante un momento para evitar posibles mareos.

- Se baja la altura de la cama, hasta que el paciente toque con sus pies el suelo y si no fuera posible, se le colocará un taburete.
- En todo momento, tendremos que guardar la intimidad del paciente.
- El celador colocará ambas manos por debajo de los brazos del paciente, flexionará las rodillas y la cadera y pondrá un pie por delante del otro.
- Balancear y levantar al paciente, y manteniendo las rodillas flexionadas gira una pierna sobre otra mientras coloca al paciente de espaldas al sillón y lo sienta suavemente.
- Si el paciente no puede mantenerse erguido se colocará una sujeción en la cintura del mismo para evitar que se deslice en la silla.
- Taparemos al paciente con una sábana guardando en todo momento su intimidad.
- Retirarse los guantes y lavarse las manos.

1.1.5. TRANSPORTE DEL PACIENTE EN AMBULANCIA

1.1.5.1. Ambulancia y tipos de ambulancias.

Ambulancia:

Vehículo destinado al transporte de heridos y enfermos y al de auxilios y elementos de cura.

Tipos de ambulancias:

- *Ambulancia no asistencial o de traslado:* vehículo destinado al transporte individual de pacientes en camilla, no acondicionado específicamente para la prestación de cuidados asistenciales.
- *Ambulancia asistencial de soporte vital básico o de urgencias:* vehículo acondicionado con los elementos que permitan administrar cuidados básicos de soporte vital al paciente y trasladarle en condiciones que reduzcan al mínimo el riesgo de muerte o de secuelas derivadas de la lesión propiamente dicha o bien de las condiciones de traslado en sí mismas. En este tipo de vehículos se llevará a cabo el traslado de enfermos psiquiátricos.
- *Ambulancia asistencial de soporte vital avanzado o UVI-MÓVIL:* vehículo acondicionado con elementos capaces de aportar soporte vital avanzado, cuidados intensivos y posibilitar la práctica de cirugía a los pacientes.
- *Ambulancia colectiva:* vehículo acondicionado para el transporte conjunto de enfermos cuyo traslado no revista carácter de urgencia y su enfermedad no implique riesgo para la propia persona o los demás ocupantes.

- *Ambulancia todo-terreno*: vehículo destinado al transporte individual de pacientes en camilla, no acondicionado específicamente para la prestación de cuidados asistenciales, que posibilita el transporte sanitario en zonas con especiales dificultades orográficas, en condiciones climáticas adversas o en los supuestos en los que se lleven a cabo servicios especiales de rescate.

1.1.5.2. Características de las ambulancias:

La palabra ambulancia debe distinguirse con claridad mediante la inscripción detrás y delante del vehículo, en este caso en inverso para que pueda ser leído por reflexión.

La carrocería exterior será preferentemente blanca en su mayor parte, salvo identificaciones corporativas.

Dispondrán de señalización luminosa y acústica de preferencia de paso ajustada a la normativa vigente.

Deben además llevar obligatoriamente una serie de documentos específicos:

- Registro de las revisiones del material sanitario.
- Registro de desinfecciones del habitáculo y del equipamiento.
- Libro de reclamaciones.
- Registro de solicitudes y prestaciones de servicios.

1.1.5.2.1. Características del vehículo:

Debe cumplir una serie de requisitos específicos:

- Potencial fiscal, suspensión y sistema de freno adaptados a la normativa vigente para el transporte de personas.
- Faros antiniebla anteriores y posteriores.
- Indicadores intermitentes de parada.
- Extintor de incendios, con arreglo a lo dispuesto en la normativa vigente.
- Cadenas para hielo y nieve, cuando las condiciones climáticas de la zona lo requieran.
- Herramientas para la atención del vehículo.
- Señales triangulares de peligro.
- Equipo de radio-telefonía de recepción-emisión eficaz en su área de actividad.

1.1.5.2.2. Características del habitáculo:

- Lunas traslúcidas, salvo en las de transporte colectivo en las que se podrá optar por otro dispositivo que asegure eventualmente la intimidad del paciente.
- Ventilación, calefacción e iluminación independientes de las del habitáculo del conductor.
- Medidas de isotermia e insonorización aplicadas a la carrocería.
- Revestimientos interiores de las paredes lisas y sin elementos cortantes y suelo antideslizante, todos ellos impermeables, autoextinguibles, lavables y resistentes a los desinfectantes habituales.
- Puerta lateral derecha y puerta trasera con apertura suficiente para permitir el fácil acceso del paciente.
- Armarios para material, instrumental y lencería.
- Cuña y botella irrompibles.

1.1.5.3. Funciones del celador en la ambulancia.

Según lo acordado por el antiguo estatuto de Personal No sanitario se establece que los celadores se encargarán del traslado de los pacientes, tanto dentro de la institución como en el servicio de ambulancias.

Las tareas concretas que tiene que realizar en la ambulancia son las siguientes:

- Trasladar a los pacientes en camilla o silla desde el centro sanitario hasta la puerta de acceso a la ambulancia y viceversa.
- Pasar al paciente desde la camilla del hospital hasta la camilla de la ambulancia (esta maniobra se ha de realizar simultáneamente entre varios profesionales) se colocan las camillas juntas, se sujeta la sábana sobre la que descansa el paciente por varios puntos y todos a la vez alzan la sábana pasando al enfermo hacia la otra camilla.
- Ayudar al paciente a introducirse en la ambulancia, en caso de que éste no vaya en camilla, sino en silla de ruedas o por sus propios medios.
- Ayudar al conductor de la ambulancia en caso de dificultad de maniobra de introducción o salida de la camilla en la ambulancia. Hoy día las ambulancias tienen incorporados sistemas automáticos de entrada-salida de las camillas con patas plegables y des-plegables
- Acompañar al paciente durante el traslado en la ambulancia si es requerido. El celador irá sentado en el asiento existente al efecto junto al enfermo. Al llegar a destino preparará todo lo necesario para bajarlo.

- Dentro de la ambulancia ayudará al personal sanitario en las mismas tareas que le corresponde respecto de los pacientes encamados del hospital (cambios corporales de los pacientes).

BIBLIOGRAFÍA

- Mosby, Diccionario Mosby pocket de medicina, enfermería y ciencias de la salud. 4º Ed, Elseiver; Madrid.
- Formación atención sanitaria. Movilización de enfermeros. Ed CEP, 2008; Madrid.
- Movilización del paciente encamado - <http://www.auxiliar-enfermeria.com/movilizaciones.htm#marc01>, disponible on-line, Febrero 2010.
- Técnicas de movilización del paciente - <http://enfermeriaua0811.wetpaint.com/page/T%C3%A9cnica+de+movilizaci%C3%B3n+de+pacientes.es>, disponible on-line, Febrero 2010.
- Transporte y movilización <http://www.hvn.es/varios/seguidores/guia/movilizacion.php>, Junta de Andalucía servicio Andaluz de Salud, disponible on-line, Febrero 2010.
- Ulceras por Presión - <http://www.fisterra.com/guias2/upresion.asp>, disponible on-line, Febrero 2010.
- Posiciones Anatómicas Básicas - Auxiliares de Enfermería del SAS tema:26, <http://www.mad.es/aulavirtual/SAS/documentos/temas-muestra/aux-enferm.pdf>, disponible on-line Febrero 2010.
- Movilización pasiva y activa de paciente, <http://movilizacionpasiva.blogspot.com/>, disponible on-line, Febrero 2010.
- Tipos de ambulancias, http://www.auxiliar-nfermeria.com/ambulancieros_ambulancias.htm, disponible on-line Febrero 2010.
- Fernando Martos Navarro, Juan Graciano Ramos, Luis del castillo Torres, José Manuel Ania palacio, Domingo Gómez Martínez, Carmen Rosa Junquera Velazco, Mª Dolores Molada Lopez, Luis Silva García, José Manuel González Rabanal, Manuel Alés Reina, Jesús Mª Calvo Prieto, Juan Desongles Corrales. Celadores del consorcio hospital general universitario de Valencia. Ed Mad, 2004; Madrid.
- Luis Silva García, Domingo Gómez Martínez, Manuel Alés Reina, José Manuel Ania Palacio, Maite de Pablo Rodríguez, Carmen Rosa Junquera Velasco, Mª José García bermejo y Odette Ochoa Guerra. Celadores del Servicio gallego de salud. Ed Mad, 2006; Madrid.

Imágenes:

- Transporte de carga, <http://utrerasalud.blogspot.com/2009/03/la-lumbalgia-es-el-dolor-cronico-mas.html>, disponible on-line, Febero 2010.
- Manual de Celadores del Servicio Andaluz de Salud.

1.2. HABILIDADES PARA LA COMUNICACIÓN

1.2.1. 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.

1.2.2. 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.

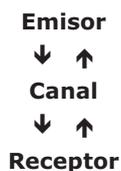
Canal: medio por el que se envía el mensaje.

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.



1.2.3. 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.

6.2.1.3.1. 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.

1.2.1.4. 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

1.2.1.5. 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.

Demostó 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 falto 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 psicossomáticos 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.

1.3. LOS ESTILOS DE COMUNICACIÓN.

1.3.1. *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.**

1.3.2. 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.
- **Esteretipos (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.

1.3.3. 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.

1.3.4. 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

1.3.5. LA CONVERSACIÓN Y SUS ELEMENTOS.

1.3.5.1. 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 estiliza que se pongan de pie todos los asistentes.

1.3.5.2. 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.

1.3.6. 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

1.3.7. 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.

1.3.7.1. 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.

1.3.7.2. 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.

1.3.7.3. *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.
- I 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.

1.3.7.4. *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.

1.3.8. Reuniones:

1.3.8.1. Finalidades y Problemas frecuentes:

- **Finalidades:** las reuniones tienen cinco finalidades posibles:
Informar; expresar opiniones; resolver problemas; tomar decisiones o formar.

1.3.8.2. 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.

1.3.8.3. 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.

1.3.8.3.1. 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.

1.3.9. Distintos estilos de comunicación

1.3.9.1. 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 autoestimularte 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.

1.3.9.2. *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

1.3.9.3. *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.

1.3.9.4. *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.

1.4. 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.

1.4.1. 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.

1.4.2. 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.

1.4.2.1. 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.

- 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) .

- 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.

- 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.

1.4.2.2. 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.

1.4.2.3. *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 euestrés, que puede ser un buen dinamizador de la actividad conductual (laboral, por ejemplo).

1.4.3. 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.

1.4.3.1. 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.

1.4.3.2. 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 psicosomáticas, 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.

1.4.3.3. 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.

6.2.3.3.4. 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 acarrean 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.

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

Tabla 2. Nivel de estrés en determinadas profesiones (Casalnova y Di Martino, 1994)

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

1.4.4. Normas básicas para la prevención de problemas de ansiedad y estrés

- La dieta
- Descanso
- Ejercicio físico
- Organización
- Solución de problemas y toma de decisiones
- Interpretación de situaciones y problemas
- Atribuciones y autoestima
- Relaciones con los demás
- Entrenamiento específico en técnicas de control 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.

BIBLIOGRAFÍA

<http://enfermeria-integral.blogspot.com>

<http://www.celadores.tk>

<http://www.fernocas.com>

<http://www.auxiliar-enfermeria.com/enlaces.htm>

<http://enfermeradequirofano.iespana.es/posiciones/posiciones.htm>

http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/protocolo%205.1.pdf

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hpm/descargas/docencia_ formacion/direcciones/Anatomia_Patologica.htm

<http://www.cgtsanidadlpa.org/TEMARIO%20CELADOR%20PDF/TEMARIO/TEMA2.pdf>

http://www.elgotero.com/funciones_del_celador.htm

<http://books.google.es/books?id=LbGcWrjYQh4C&pg=PA89&dq=funciones+del+celador+en+uci&cd=8#v=onepage&q=funciones%20del%20celador%20en%20uci&f=false>

<http://books.google.es/books?id=2V0ULPD6S9EC&pg=PA10&dq=funciones+del+celador+en+uci&cd=1#v=twopage&q=&f=true>

<http://books.google.es/books?id=r7hL2GosWjYC&pg=SL26-PA179&dq=el+celador+en+anatomia+patologica&lr=&cd=13#v=onepage&q=&f=false>

<http://www.mad.es/aulavirtual/SAS/documentos/temas-muestra/aux-enferm.pdf>

SILVA GARCÍA L, GÓMEZ MARTÍNEZ D, ALÉS REINA M, DE PABLO RODRÍGUEZ M, JUNQUERA VELASCO C. R, GARCÍA BERMEJO M. J. et al, Celador del Servicio gallego de salud, Sevilla: editorial MAD; 2006. p. 148 – 152.

ANIA PALACIO J. M, DEL CASTILLO TORRES L, ALÉS REINA M, SILVA GARCÍA L, GÓMEZ MARTÍNEZ D, LÓPEZ MARTÍNEZ P. et al, Celadores del Servicio de Salud de la Comunidad de Madrid, Sevilla: editorial MAD; 2005. p. 560 – 576.

PENADÉS ANTOLÍN, R. A, CORTÉS GÓMEZ, MJ, GIRBÉS CALVO, A. Aislamiento. Disponible en: <http://www.enferurg.com/anexos/aislamiento.htm> . Consultado: Marzo, 2010.

Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Virgen del Puerto de Plasencia. Protocolo de aislamiento. Disponible en: <http://www.areasaludplasencia.es/3/35/pdf/86/Especializada/PGE0025.pdf> . Consultado: Marzo, 2010.

DÍAZ MOLINA C, FIGUEROA MURILLO E, LÓPEZ FERNÁNDEZ F, LÓPEZ FERNÁNDEZ F, CARRERA MAGARIÑO F, VÁZQUEZ RICO I. et al, Plan Gestión Residuos SAS. Disponible en: <http://www.carloshaya.net/chchaya/GMedioambiental/Documentos/2.1.3.PGRS.pdf> Consultado: Marzo, 2010.

ROQUE NAVARRETE R, PÉREZ ORTIZ S, Procedimineto Operativo gestión de residuos. Disponible en: <http://www.carloshaya.net/chchaya/GMedioambiental/Documentos/2.3.5.GR.pdf> . Consultado: Marzo, 2010.

Plan de resucitación cardiopulmonar. Semicyuc. 2005.

ROVIRA ELIAS GIL. "Urgencias en enfermería. Difusiones en enfermería". 2000

Plan Andaluz de urgencias y emergencias. SAS. 2000.

OIEDROLA GIL, G.: "Medicina Preventiva y Salud Publica". Salvat. Barcelona. 2002. temario de oposiciones para celadores del SAS (Resolucion de 24.07.97 del SAS, BOJA nº 95 de 16.08.97)

Temario de oposiciones para Celadores del INSALUD (Resolucion de 09.12.99 del INSALUD,BOE nº 298 de 14.12.99)

Apuntes curso "Liderazgo, Trabajo en equipo y solución de conflictos. Acreditado _ Agencia Calidad Consejería _Salud _ Junta Andalucía_ 2.009_ SAS. Antonio Benítez Leiva.

Temario de oposiciones para Celadores del SAS (Resolución de 24.07.97 del SAS, BOJA nº 95 de 16.08.97)

ABEL-SMITH, B. (1994) An introduction to health: policy, planning and financing. Londres: Longman. Manual sencillo de introducción a las políticas de los sistemas de salud. Manual de referencia para economistas de la salud y estudiantes de políticas de salud.

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID) (1998) América Latina frente a la desigualdad. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.

Cursos Legislación CCOO OPE Andalucía 2.008 Sindicato Provincial de Sanidad y Sectores Socio sanitarios de Málaga

Cursos Prevención Riesgos laborales CCOO. FSE 2.010

Legislación: La Constitución Española, Ley General de Sanidad. Ley 14/1986, de 25 de abril, LEY 55/2003, DE 16 DE DICIEMBRE, DEL ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD (B.O.E. nº 301, de 17 de diciembre). LEY 31/1995, DE 8 DE NOVIEMBRE, DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES (B.O.E. nº 269, de 10 de noviembre). Ley 41/2002, 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 247, 15/11/2002

La Planificación Sanitaria: Conceptos, métodos, estrategias, 2ª edición Raunald Pineault, Carole Daveluy. Ediciones Masson S.A. 1.990

Como organizar y simplificar el trabajo administrativo. J. Balderston.

Biblioteca empresarial Deusto. 1.993

La Gestión del Tiempo. Jeff Davidson. Prentice Hall. 2.000

La buena suerte, claves de la prosperidad. Fernando Trías de Bes Mingot. Alex Rovira Celma. Editorial Empresa Activa 2.004

Teoría de la administración. Concepción Garcia Gonzalez. Documento de apoyo Master Gestión Servicios Sanitarios U.B.

El modelo de toma de decisiones. Alumnos EASP. Curso Intermedio Administración de Servicios de Salud. 1.999

La naturaleza del trabajo directivo. Mintzberg H.

